

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA LAVERDE TORRES

RELAÇÃO TRANSFERENCIAL-CONTRATRANSFERENCIAL:  
INSTRUMENTO CLÍNICO DE ACESSO AO INCONSCIENTE DO PACIENTE

CURITIBA

2020

FERNANDA LAVERDE TORRES

RELAÇÃO TRANSFERENCIAL-CONTRATRANSFERENCIAL:  
INSTRUMENTO CLÍNICO DE ACESSO AO INCONSCIENTE DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Nadja Nara Barbosa Pinheiro

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Torres, Fernanda Laverde

Relação transferencial-contratransferencial : instrumento clínico de acesso ao inconsciente do paciente. / Fernanda Laverde Torres. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nadja Nara Barbosa Pinheiro

1. Freud, Sigmund, 1856-1939 – Crítica e interpretação. 2. Contratransferência (Psicologia). 3. Resistência (Psicanálise). 4. Transferência (Psicologia). I. Pinheiro, Nadja Nara Barbosa, 1957-. II. Título.

CDD – 616.89152



PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PSICOLOGIA - 40001016067P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade

Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FERNANDA LAVERDE TORRES**

Intitulada: **Relação transferencial-contratransferencial: instrumento clínico de acesso ao inconsciente do paciente.**, sob orientação da Profa. Dra. NADJA NARA BARBOSA PINHEIRO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Maio de 2020.

Assinatura Eletrônica

25/05/2020 15:09:13.0

NADJA NARA BARBOSA PINHEIRO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/05/2020 16:49:39.0

ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/05/2020 15:43:51.0

PRISCILA FREHSE PEREIRA

Avaliador Externo (CLÍNICA PRIVADA)

Praça Santos Andrade, 50, 2o andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80060-010 - Tel: (41) 3310-2644 - E-mail: [pgpsicologia@ufpr.br](mailto:pgpsicologia@ufpr.br)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015. Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 42102

**Para autenticar este documento/assinatura, acesse**  
**<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 42102**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Theo, que é o motivo de tudo.

A minha mãe, que foi suporte em todos os momentos da minha vida e também esteve nos bastidores nos últimos anos, auxiliando em tudo que precisei.

Ao corpo docente da UFPR, que está presente desde minha formação como psicóloga, e também contribuíram em parte da minha formação no mestrado.

A minha orientadora, supervisora, amiga e Professora Nadja, pela dedicação, paciência e vasto conhecimento em Psicanálise. Esteve sempre presente, com olhar atento e pronta a contribuir com cada fase do presente trabalho. Além de transmitir sua paixão por Freud de modo contagiante.

Aos colegas de mestrado Julia, Rafaela e Rafael, *outsiders*, que foram um ponto de auxílio fundamental tanto para os momentos emocionalmente difíceis que são ativados com a escritura de uma dissertação, como para auxiliar com as dúvidas burocráticas que surgiram no caminho.

Ao Eduardo, por toda sua paciência, esforço e dedicação. Seu apoio incondicional foi fundamental para a conclusão do presente trabalho.

Ao Professor Maurício d'Escragnolle que se dispôs a ler e contribuir com minha dissertação na banca de qualificação e aceitou prontamente o convite para suplência em minha banca de defesa, além de fazer parte do corpo docente responsável pela minha formação inicial como psicanalista.

À Professora Rosane Lustoza, a primeira a me apresentar à Psicanálise, foi por meio de suas aulas que me encantei com a disciplina e com Freud e desde então, fazem parte de minha vida e escolha profissional.

À Priscila Frehse por aceitar o convite de fazer parte da banca de defesa dessa dissertação, contribuindo com seus apontamentos.

Às crianças e adolescentes da Casa de Acolhimento de Araucária que me desafiavam diariamente a repensar a prática e a teoria, além de me encherem de carinho.

À Prefeitura Municipal de Araucária, que me proporciona o melhor trabalho que já pude desejar e me garante a estabilidade almejada, imprescindível para a realização da presente pesquisa.

Aos meus pacientes, sem os quais esse trabalho não se tornaria possível.  
E parafraseando Winnicott, meus pacientes pagaram para me ensinar.



## RESUMO

A partir de um atendimento clínico, cujos afetos da analista na relação transferencial se tornaram prementes, levantou-se a hipótese de que a contratransferência poderia ser concebida como possuindo duas facetas: resistência do analista e instrumento clínico para o desvelamento da trama inconsciente do paciente. A presente pesquisa dissertativa teve por objetivo investigar, na obra freudiana, a plausibilidade de tal hipótese. Assim, inicialmente, produziu-se um estudo sobre a questão contratransferencial, visando apreender como autores psicanalíticos consagrados na elaboração teórica da contratransferência organizaram o pensamento acerca do fenômeno e quais elementos da obra freudiana utilizaram para construir seus argumentos. Deste estudo foram destacadas quatro noções norteadoras: Transferência, Resistência, Neutralidade do analista e Análise pessoal do analista. Em seguida, foi executada uma investigação, na obra freudiana, a partir da qual verificou-se que o conceito fundamental que perpassava os demais é a transferência, a qual foi analisada em sua origem e evolução conceitual e clínica, bem como foram buscadas suas raízes etimológicas para sustentar a proposição de que transferência e contratransferência fazem parte de um processo psíquico de mão dupla, a partir do que sugeriu-se uma nova nomenclatura para o fenômeno: relação transferencial-contratransferencial. A partir desses referenciais conceituais, analisou-se o caso clínico freudiano conhecido, na literatura psicanalítica, como o “Caso Dora”, a fim de submeter nossa hipótese inicial à verificação, a qual propunha que a contratransferência pode dizer respeito a aspectos inconscientes não apenas do analista, mas também do próprio paciente, permitindo, assim, seu uso como instrumento clínico de acesso ao inconsciente. Concluiu-se, por fim, que a contratransferência ao ser concebida como relação transferencial-contratransferencial, além de representar elementos de resistência ao avanço da análise, pode ser tomada como um instrumento clínico de acesso ao inconsciente do paciente.

Palavras-chaves: Contratransferência. Transferência. Resistência. Instrumento clínico.



## **ABSTRACT**

From a clinical care, whose affections of the analyst in the transference relationship became urgent, the hypothesis was raised that the countertransference could be conceived as having two facets: resistance of the analyst and clinical instrument for the unveiling of the patient's unconscious. This dissertation research aimed to investigate, in Freud's work, the plausibility of such a hypothesis. Thus, initially, a study on the countertransference issue was produced, aiming to apprehend how psychoanalytic authors consecrated in the theoretical elaboration of countertransference organized the thinking about the phenomenon and what elements of Freud's work they used to build their arguments. From this study, four guiding notions were highlighted: Transfer, Resistance, Neutrality of the analyst and Personal analysis of the analyst. Then, an investigation was carried out in the Freudian work, from which it was found that the fundamental concept that permeated the others is transference, which was analyzed in its origin and conceptual and clinical evolution, as well as its roots were sought etymological to support the proposition that transference and countertransference are part of a two-way psychic process, from which a new nomenclature for the phenomenon was suggested: transferential-countertransferential relationship. Based on these conceptual references, the Freudian clinical case known in the psychoanalytic literature was analyzed, such as the "Dora Case", in order to submit our initial hypothesis to verification, which proposed that the countertransference may relate to unconscious aspects not only of the analyst, but also of the patient himself, thus allowing its use as a clinical instrument of access to the unconscious. Finally, it was concluded that the countertransference when conceived as a transferential-countertransferential relationship, in addition to representing elements of resistance to the progress of the analysis, can be taken as a clinical instrument of access to the patient's unconscious.

**Key Words:** Countertransference. Transference. Resistance. Clinical instrument.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>1. A contratransferência em sua dimensão histórica.....</b>	<b>17</b>
1.1 O desvelamento da contratransferência por Freud.....	17
1.2 Contratransferência: Considerações de psicanalistas contemporâneos a Freud .....	24
1.3 Contratransferência: Considerações dos pós-freudianos .....	30
1.3.1 Winnicott e a Contratransferência.....	32
1.3.2 Paula Heimann e a Contratransferência .....	36
1.3.3 Margareth Little e a Resposta total do analista às necessidades do paciente .....	38
1.3.4 Annie Reich e a contratransferência .....	40
1.3.5 Lucia Tower e a neurose de contratransferência.....	42
1.3.6 Lacan e “The countertransference” .....	44
1.4 Considerações .....	46
<b>2. A contratransferência em sua dimensão teórica .....</b>	<b>51</b>
2.1 Resistência e Contratransferência .....	53
2.1.1 Resistência.....	54
2.2 Transferência e Contratransferência .....	57
2.2.1 Transferência e resistência.....	58
2.2.2 Sentido paradoxal da transferência .....	61
2.2.3 NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA .....	70
2.3 Neutralidade e Contratransferência .....	72
2.3.1 Neutralidade do Analista.....	73
2.4 Análise pessoal do analista e Contratransferência .....	75
2.4.1 Análise pessoal do analista .....	76
<b>2.5 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>79</b>
<b>3. A contratransferência em sua dimensão clínica.....</b>	<b>83</b>
3.1 História clínica de Dora .....	84
3.2 Lugar subjetivo de Dora em sua fantasia edípica inconsciente .....	86
3.3 Relação transferencial-contratransferencial: Freud como substituto do Sr. K.....	89
3.4 Relação transferencial-contratransferencial: Triangulação Dora – Freud – Pai .....	93
3.5 Afetos contratransferenciais no caso Dora.....	96
3.6 Interesse na publicação.....	99
3.6 Considerações .....	101

**Considerações finais** ..... 103

**REFERÊNCIAS** ..... 109

## INTRODUÇÃO

O encontro analítico afeta, não apenas o paciente, mas o próprio analista. O afeto circula e cria palavra, ação, resistência. É de uma dessas tantas afetações que ocorrem no solo fértil da clínica que nasce a questão proposta na presente dissertação. Mais especificamente, o ponto de partida se dá a partir de um atendimento clínico no qual, de imediato, uma identificação direta e radical na analista em relação à sua paciente, emergiu. O que estamos nomeando de identificação, nesse estudo, mais se assemelhava à uma sensação de fusão, pois não foi apenas um traço da personalidade da paciente que foi tomado como ponto de semelhança, mas, houve uma confusão nos contornos psíquicos entre a analista e a paciente.

Tal sensação se prolongou por algumas sessões até que um material trazido pela paciente permitiu que o início de um entendimento conceitual sobre o que estava ocorrendo fosse esboçado. Em seu relato, a paciente descreve a construção de uma cena delirante de ciúmes, na qual ela via o marido a traindo com uma outra mulher, nas dependências do prédio em que moravam. A construção da cena se deu no interior do apartamento do casal, enquanto o marido trabalhava e ela, sozinha, o aguardava. Apesar de ter sido uma espécie de devaneio, ou fantasia diurna, a paciente, por um período de tempo, acreditou em sua veracidade factual. Ao retorno do marido, a paciente inicia uma discussão. Nela, cobra-lhe explicações pela traição, que, em sua percepção, havia presenciado. O interessante é que, em dado momento, ela mesma percebe o que havia se passado: ela não poderia ter testemunhado a traição, pois sequer havia saído do apartamento, naquele dia.

O relato dessa cena delirante, por seu turno, se tornou extremamente importante para a condução do trabalho clínico. Pois, ele nos pareceu indicativo da dificuldade encontrada pela paciente em manter as fronteiras entre a realidade psíquica e a realidade externa estáveis. Sobrepondo-as, as fronteiras entre o ego e seus objetos amorosos também se tornaram frágeis e pouco consistentes, permitindo a ocorrência de um estado confusional entre ambos. Em termos conceituais, essas constatações nos permitiram levantar a hipótese de que havia sido, justamente, esse lugar confusional, que a analista fora

convocada a ocupar, em transferência, e a partir do qual o afeto aflorado, via contratransferência, pôde emergir.

Assim, a sensação de confusão sentida pela analista em relação à sua paciente passou a integrar o quadro clínico. Ela indicava, em alguma medida, um modo específico de operar psiquicamente daquela paciente o qual produzia, em sua analista, um afeto similar e compatível. Assim, diante do quadro transferencial e contratransferencial, emergente nesse encontro analítico, pudemos destacar dois aspectos cruciais. Inicialmente a sensação de confusão sentida pela analista em relação à sua paciente produziu um obstáculo à continuidade do tratamento na medida em que dificultou sua disponibilidade de escuta. No entanto, esse mesmo afeto, na sequência das sessões, apontou para algo que dizia respeito àquela paciente, isto é, para um modo próprio dela se organizar em termos psíquicos. Ou seja, nessa situação específica, o afeto se antecipou à percepção racional sobre a organização subjetiva da paciente, produzindo, no tratamento, interessantes desdobramentos clínicos. Dessa forma, o que se abriu diante de nós foi um paradoxo: a contratransferência, em determinado sentido, se apresentou, inicialmente, como resistência da analista ao progresso do tratamento de sua paciente, na medida em que estreitou seus horizontes de escuta. Por outro lado, o mesmo afeto contratransferencial trouxe, posteriormente, contribuições esclarecedoras sobre a organização subjetiva da paciente, demonstrando seu potencial como ferramenta clínica.

A partir desses dados clínicos emergiram algumas questões: tal afeto que toma o analista, sem que este possa rechaçar-lo, é algo que diz respeito apenas aos conteúdos inconscientes do analista? Ou esse afeto comunica algo da ordem do inconsciente do paciente? Há, portanto, uma relação entre transferência e contratransferência? De que ordem seria essa relação?

A partir dos resultados do trabalho clínico supracitado, lançamos uma hipótese à teoria psicanalítica: os afetos contratransferenciais para além de apontar para um modo de resistência do analista, indicam algo da ordem intersubjetiva e, portanto, do funcionamento psíquico do paciente.

Quando a prática clínica interroga a teoria o resultado daí advindo é inesperado. O presente estudo tratar-se-á de uma pesquisa conceitual que parte da perspectiva do método clínico psicanalítico. Segundo Mezan (2006), Freud considerava o trabalho com seus pacientes concomitantemente tarefa

terapêutica e investigação científica, pois Freud compreendia que a clínica proporcionava descobertas que não se limitavam exclusivamente àquele paciente, mas que se estendiam e podiam ser integradas à uma teoria geral sobre o psiquismo humano. Assim, acredita-se que a atividade clínica é o lugar por excelência para os autênticos questionamentos que promovem o devir em psicanálise (Dockhorn & Macedo, 2015).

A questão proposta para a futura dissertação surge por essa via, é a partir da escuta clínica e seus desdobramentos na relação transferencial-contratransferencial, que uma questão se torna manifesta. Na medida em que a prática clínica se sustenta em uma teoria, faz-se necessário um retorno a ela, para dela retirar as consequências para a prática clínica. Assim, o método proposto parte da escuta clínica para lançar questões à teoria e volta-se para o estudo teórico com a finalidade de enriquecer a prática e escuta clínica.

Dockhorn e Macedo (2015) destacam, no entanto que, no caso da pesquisa em psicanálise, o resultado advindo não terá por objetivo responder permanentemente o fenômeno em estudo, senão ampliar o olhar e permitir uma nova abertura de possibilidade de compreensão do fenômeno. Concordando com esse ponto de vista, Mezan (2006, p. 238) afirma:

jamais a teoria poderá aderir integralmente à clínica nem recobrir toda a extensão do seu campo, jamais a clínica será uma aplicação sem resto da teoria, inteiramente esclarecida por ela. O pensamento clínico deve ter sempre presente ao espírito este hiato e este resíduo inelimináveis, aceitar que eles não possam ser preenchidos por completo. Não há domínio em que o peso da incerteza seja maior do que na psicanálise.

Isto posto, a proposta do presente trabalho de dissertação é endereçar o impasse clínico concernente a conceituação e utilização clínica da contratransferência à teoria psicanalítica freudiana, visando verificar se é possível encontrar elementos na teoria de Freud que sustentem nossa hipótese inicial, qual seja, que a contratransferência, para além de representar resistência do analista ao tratamento, indica algo pertencente ao funcionamento psíquico do paciente.

Freud, ao deixar o legado da técnica analítica, admitiu que não pretendia fazer disto um dogma, deixando um campo aberto de pesquisa, no qual cada

psicanalista precisaria ele próprio se posicionar. A contratransferência é um desses campos, no qual o analista precisa se situar, uma vez que tal posicionamento altera o seu fazer clínico.

Se a contratransferência diz respeito aos conteúdos inconscientes do analista os quais, portanto, devem ser tratados exclusivamente em sua análise pessoal, posto que atrapalham a escuta clínica; o posicionamento do analista será um. Ou, se por outro lado, esses mesmos afetos também se relacionam aos conteúdos inconscientes do próprio analisando, e surgem como uma chave para a decodificação deste, o manejo da contratransferência passa a fazer parte do processo clínico.

Freud não foi um defensor do uso da contratransferência como instrumento clínico. Ao contrário, em suas escassas menções ao termo em sua obra publicada, a sugestão quanto ao manejo é o reconhecimento e domínio da contratransferência (Freud, 2010/1915; 2013/1910). Alguns autores pós-freudianos, porém, a partir de suas experiências clínicas com a psicose e a clínica infantil, encontraram elementos na postura clínica de Freud e mesmo em sua teoria metapsicológica que abrem precedentes para considerar a contratransferência de um modo diverso daquele defendido por Freud em seus artigos sobre a técnica.

Embora não tenha formalizado uma teoria concernente ao objeto de estudo da presente dissertação, Freud foi o criador do termo contratransferência (Urtubey, 1994) e deu contribuições pontuais acerca da temática, citando-a em três passagens em apenas dois artigos ao longo de toda sua obra publicada: *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910)* e *Observações sobre o amor transferencial (1915)* (Tyson, 1986). Isso não significa, no entanto, que a contratransferência não foi trabalhada ou mesmo considerada por Freud.

O fato de Freud ter feito apenas pequenas indicações a respeito da contratransferência em sua obra publicada, nos fez, propor, como primeiro passo, uma organização histórica acerca da temática contratransferencial. Inicialmente avaliamos ser pertinente introduzir a questão pelas teorias já consolidadas e consagradas no campo psicanalítico acerca do fenômeno da contratransferência, menos como uma tentativa de compreensão pormenorizada das diversas teorias, mas como um estudo exploratório, no qual, tencionamos



apreender os principais conceitos teóricos e clínicos que foram considerados pelos mais diversos autores ao formalizar a noção de contratransferência.

O resultado de tal proposta foi uma miscelânea de conceitos e contribuições, na maioria das vezes contraditórios entre si. No entanto, observamos que alguns temas se repetiam nas diversas teorias abordadas, por mais divergentes que pudessem ser do ponto de vista epistemológico, quais sejam, a transferência, a resistência, a neutralidade do analista e a análise pessoal do analista. A partir da constatação da discrepância entre os entendimentos teóricos, embora todos coerentes do ponto de vista epistemológico do qual partem, nos levou a necessidade da promoção de um retorno a Freud, para em sua obra cernir os fundamentos teóricos que envolvem a questão contratransferencial. Munidos desses quatro elementos fundamentais na conceituação da contratransferência, propusemos, no capítulo dois, um estudo pormenorizado de cada um deles a partir da teoria freudiana.

Assim, apoiados no resultado desse estudo exploratório exposto no capítulo um, a próxima etapa desenvolvida no capítulo dois foi a retomada da obra freudiana sob a perspectiva dos conceitos fundamentais elencados nas teorias pós-freudianas, visando estabelecer relações entre eles e o objeto de estudo da presente dissertação, a contratransferência.

Consoante ao nosso método de pesquisa descrito anteriormente, no qual a clínica destaca-se como o princípio norteador da teoria psicanalítica, o terceiro capítulo, propõe a análise da temática contratransferencial a partir de um caso clínico. Seguindo nossa proposta inicial de promoção de um retorno à teoria freudiana, escolhemos o texto *Análise fragmentária de uma histeria*, ou simplesmente, o Caso Dora. Fiéis na proposta teórico-conceitual de promoção de um retorno a Freud, foram analisados outros casos clínicos freudianos, Homem dos Lobos e Jovem Homossexual, no entanto, o que nos revelou uma maior riqueza de afetos contratransferenciais, foi indubitavelmente o caso Dora, sobre o qual propusemos uma análise pormenorizada no capítulo três. Tal capítulo está assentado no objetivo de evidenciar como transferência e contratransferência encontram-se enlaçadas na clínica e for fim, visa demonstrar como nossa hipótese inicial acerca da contratransferência encontra subsídios na prática clínica. Ao final do estudo chegamos ao conceito de “Compulsão a repetição”, que a nosso ver dá sustentação teórica para fundamentar nossa

hipótese inicial de que a contratransferência para além de representar um modo de resistência do analista, revela e antecipa algo da trama inconsciente do paciente, podendo ser utilizada como instrumento clínico valioso de acesso ao inconsciente do paciente.

## 1. A CONTRATRANSFERÊNCIA EM SUA DIMENSÃO HISTÓRICA

Freud foi o primeiro psicanalista a nomear e a descrever o fenômeno da contratransferência. De seus esparsos comentários ao longo de sua vasta obra (foram apenas dois textos nos quais a contratransferência é citada) surgiram direcionamentos e entendimentos divergentes sobre o fenômeno em questão.

A proposta do presente capítulo é, inicialmente, investigar histórico-conceitualmente o modo como Freud descreveu e se posicionou acerca do fenômeno contratransferencial. Objetivando compreender os elementos históricos que estavam postos na formalização do conceito da contratransferência e de que modo tal posicionamento reverberará nas posteriores elaborações acerca do assunto.

Concluída essa etapa, o próximo passo será apresentar os diversos posicionamentos teóricos derivados da teoria freudiana relativos à contratransferência, tanto aqueles que ressaltam suas características positivas, elevando-a ao estatuto de instrumento clínico, quanto os que defendem um ponto de vista contrário, afirmando que a contratransferência representa um obstáculo ao avanço da análise.

O intuito de tal apresentação histórico-conceitual do fenômeno é construir e compreender os argumentos e elementos teóricos que cada autor utilizou da teoria freudiana para fundamentar suas teses, objetivando um posterior retorno clínico-conceitual a Freud, que nos dará subsídios para melhor compreender conceitualmente e clinicamente o fenômeno contratransferencial.

A escolha dos autores que compõem a reconstrução histórica acerca do fenômeno contratransferencial não se deu acaso, outrossim, foram selecionados aqueles autores que, de acordo com a literatura psicanalítica, desenvolveram o conceito de maneira a se tornarem referência no assunto, trazendo contribuições pertinentes ao tema em questão.

### 1.1 O DESVELAMENTO DA CONTRATRANSFERÊNCIA POR FREUD

É de autoria de Freud o termo contratransferência (Urtubey, 1994; Leitão, 2003), que começou a discutir suas implicações clínicas, em correspondência

com Jung (7 de junho de 1909) e Ferenczi (6 de outubro de 1910), bem como em seus comentários às reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena (9 de março de 1910) (Urtubey, 1994). Nessa época, de acordo com Urtubey (1994), Freud conscientemente descobriu a existência do fenômeno da contratransferência e deu-lhe um nome, esse nome tornou-se público em 1910, em seu artigo intitulado *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*.

Tal artigo corresponde à publicação da palestra de abertura do congresso de Nürnberg proferida por Freud (Gay, 2015). De acordo com Gay (2015), foi durante o referido congresso que Freud propôs a fundação da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), visando à expansão da psicanálise para outros territórios e perpetuação de sua teoria. Jung, o “príncipe herdeiro”, foi nomeado o presidente permanente. O público da conferência eram psicanalistas praticantes e a proposta da palestra que abriu o congresso de Nürnberg era, nas palavras de Freud, “uma questão prática, dirigindo-me antes ao seu interesse médico do que à sua preocupação científica” (Freud, 2013/1910, p. 288).

Nesta ocasião Freud define contratransferência como aquilo que “surge no médico quando o paciente influencia os seus sentimentos inconscientes” (Freud, 2013/1910, p. 293), e arremata com uma indicação do destino de tais sentimentos inconscientes: “estamos quase inclinados a solicitar que o médico reconheça e domine essa contratransferência dentro de si” (Freud, 2013/1910, p. 293).

De acordo com Tyson (1986), essa primeira apresentação do conceito de contratransferência, em uma palestra aberta ao público e posteriormente publicada, guarda íntima relação com um acontecimento do ano anterior, no qual Freud toma conhecimento da relação amorosa de Jung e sua paciente Sabina Spielrein.

No final de junho de 1909, Freud recebe uma carta de Spielrein, na qual sem mencionar o fato de ser amante de Jung, ela solicita um encontro com Freud. Desconfiado e ao mesmo tempo crédulo na idoneidade de Jung, Freud remete a carta que recebeu da jovem ao discípulo e lhe pede explicações.

Compreendo perfeitamente seu silêncio e não lhe responderia assim tão rápido se outra carta - que mando junto - não me tivesse chegado ao mesmo tempo que a sua. Que diabo é ela? Uma intrometida, uma faladeira ou

uma paranoica? Se o senhor souber algo da autora da carta, ou tiver uma opinião sobre o assunto, mande-me por favor um telegrama, mas em caso contrário não dê maior importância. Tomarei seu silêncio por uma indicação de que não sabe de nada (Freud, 1909 como citado em McGuire, 1976, p. 278).

Jung imediatamente responde a Freud com um telegrama, informando-o sobre sua relação extraconjugal com sua paciente. Tal telegrama, de acordo com uma nota de rodapé de McGuire (1976), de localização desconhecida que, portanto, não pôde ser publicado. Mas a carta seguinte de Spielrein a Freud não deixa dúvidas sobre a natureza erótica do vínculo de analista e analisante: “O Dr. Jung, há quatro anos e meio, foi meu médico; depois tornou-se um amigo e, em seguida, ‘poeta’, isto é, amante. Finalmente, conquistou-me e tudo se passou como sempre acontece na ‘poesia’ ” (Spielrein, 1909 como citado em Carotenuto, 1984, p. 166).

É diante desse cenário que, em 07 de junho de 1909, Freud envia uma carta a Jung a qual inaugura o termo *contratransferência* (Cabré, 1998).

Embora penosas, tais experiências são necessárias e difíceis de evitar. É impossível que, sem elas, conheçamos realmente a vida e as coisas com as quais lidamos (...). Elas nos ajudam a desenvolver a carapaça de que precisamos e a dominar a *contratransferência* que é afinal um permanente problema (Freud, 1909 como citado em McGuire, 1976, p. 281).

Nesse trecho, no qual a questão da *contratransferência* desponta nomeada pela primeira vez, Freud a vincula com a temática do amor de transferência. Há um paradoxo nessa definição: No início da sentença, Freud aponta para a inevitabilidade da afetação no campo transferencial (experiências necessárias e difíceis de evitar, um permanente problema), ao mesmo tempo que assinala também o quanto essas experiências afetivas permitem ao analista conhecer o fenômeno ao qual se propõe tratar, ou seja, a dinâmica psíquica do paciente. No entanto, na sequência de seu pensamento, não exime a responsabilidade do analista sobre seus sentimentos e ações, exigindo deste controle e domínio.

Neste ponto cabe um parêntese, Zambelli (2011), apoiado em Hanns (1996) e Cabré (1998), atentou para uma limitação de significado do termo

alemão *bewältigen* ao ser traduzido por “dominar”/“subjugar” na língua portuguesa. Hanns (1996, p. 176) aponta significados diversos do verbo *bewältigen*, dentre eles:

1. Dar conta, resolver, superar, enfrentar [...]
2. Realizar, executar, terminar, levar a cabo [...]
3. Digerir, elaborar, absorver, superar emocionalmente [...]

Ora, elaborar e mesmo superar e resolver parecem significados semânticos bem distintos da tradução para o português “dominar”. Hanns (1996) indica também os sentidos possíveis que o verbo *bewältigen* possui em alemão, apontando que o termo remete ao “enfrentamento de algo difícil, grande, que exigirá certo empenho” (p. 177), bem como se refere a uma quantidade de trabalho e esforço empregado, aludindo à atividade do indivíduo ao se defrontar com os estímulos pulsionais.

Já o verbo dominar, tradução predominante na língua portuguesa para o vocábulo *bewältigen*, remete a ideia de subjugar, controlar e exercer autoridade sob algo (Hanns, 1996). Cabré (1998), por seu turno, defende que a tradução correta do termo *bewältigen* em inglês seria “*to be able to cope with*” e não a opção “*overcome*” escolhida por Strachey. Assim, como a principal tradução da obra freudiana em português deriva do inglês, herdou dela o mesmo erro semântico.

Em *Observações sobre o amor de transferência*, Freud (2010/1915) deixa claro qual é o sentido semântico que acompanha o vocábulo “controlar”/“dominar”. Assim, encontramos:

Conservamos a transferência amorosa, mas a tratamos como algo irreal, como uma situação a ser atravessada na terapia e reconduzida às suas origens inconscientes, e que *deve ajudar a pôr na consciência, e portanto sob o controle*, o que há de mais escondido na vida amorosa do paciente (Freud, 1915/2010, p. 220, grifos nossos).

Esta passagem evidencia o posicionamento de Freud quanto ao sentido que devemos tomar quando Freud adverte o analista a “dominar”/“controlar” a transferência ou a contratransferência. Controlar significa “pôr na consciência”, muito diferente de subjugar ou exercer o domínio sobre algo. Dito isto, voltemos a reconstrução histórica do fenômeno contratransferencial.

Não foi apenas Jung que sucumbiu à transferência erótica de uma paciente, Ferenczi, outro discípulo freudiano importante, igualmente se envolveu afetivamente com uma paciente sua. De acordo com Roudinesco (2016), em 1908 (mesmo ano que conhece Freud), Ferenczi inicia a análise de sua amante Gizella Palos e três anos mais tarde, em 1911, começa a analisar Elma, filha caçula de Gizella, por quem se apaixonou durante a análise desta, culminando em um pedido de casamento, o qual foi reconsiderado após “ter ele mesmo analisado sua contratransferência no divã do mestre” (Roudinesco, 2016, p. 147).

Interessante notar que a contratransferência, na qualidade de conceito teórico, surge, inicialmente, para nomear um sentimento erótico do analista pelo paciente, ou seja, como contratransferência amorosa. Não é pouco importante, portanto, que a segunda menção ao termo contratransferência na obra publicada de Freud se encontre justamente no artigo “Observações sobre o amor de transferência” de 1915, pertencente ao conjunto que ficou conhecido como *Os artigos sobre a técnica*.

Sobre o apaixonamento da paciente pelo médico, Freud (2010/1915) destaca que:

Para o médico, significa um valioso esclarecimento e um bom aviso quanto a uma possível *contratransferência* que nele se prepara. Ele tem que reconhecer que a paixão da paciente é induzida pela situação analítica e não pode ser atribuída aos encantos de sua pessoa, e que, portanto, não há motivo para ele ter orgulho de uma tal “conquista”, como seria chamada fora da análise” (p. 213, grifos nossos).

O trecho acima citado traz a segunda citação do termo contratransferência na obra publicada de Freud (Zambelli, 2011). Novamente vinculada ao amor de transferência. Mas esse excerto nos permite dar um passo além na definição do fenômeno da contratransferência. Além de claramente fazer a ligação entre transferência e contratransferência, Freud especifica uma particularidade da contratransferência, que ela seria um tipo específico de resposta do analista à transferência do paciente. Em outras palavras, que a contratransferência amorosa é uma resposta possível à uma transferência amorosa. Urtubey (1994), no entanto, destaca que Freud não percebeu que há uma gama ilimitada de



possíveis contratransferências para além da erótica, como contratransferência negativa, ou positiva, mas não erótica.

Uma última referência ao termo contratransferência na obra publicada de Freud pode ser encontrada ainda no artigo *Observações sobre o amor de transferência*:

A experiência de resvalar para sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente inócua. Não nos controlamos tão bem a ponto de alguma vez, subitamente, não irmos mais longe que o pretendido. Acho, portanto, que não devemos renegar a neutralidade que conquistamos ao subjugar a contratransferência (Freud, 1915/2010, p. 218).

Tal trecho parece ser uma resposta direta a Jung e Ferenczi quanto ao envolvimento sexual com suas pacientes. A recomendação técnica para “subjugar” a contratransferência é a neutralidade.

Quatro anos antes da publicação de supracitado artigo, em 1911 Freud trata do tema da contratransferência, relacionando-a a regra da neutralidade, em uma correspondência pessoal a Jung:

(...) deduzo que nenhum de vocês adquiriu ainda a necessária objetividade na prática, que ainda se deixam envolver, dando boa parte de suas próprias pessoas na expectativa de que o paciente dê algo em troca. Permita-me dizer, falando como o venerável velho mestre, que essa técnica é invariavelmente imprudente e que é melhor permanecer reservado e simplesmente receptivo. Não devemos nunca nos deixar enlouquecer pelos nossos pobres neuróticos. Acredito que um artigo sobre “contratransferência” seja extremamente necessário; é claro que não poderíamos publicá-lo, teríamos que fazer circular cópias entre nós mesmos (Freud, 1909 como citado em McGuire, 1976, p. 541-542).

De forma clara e direta, Freud defende a neutralidade como a postura correta do analista frente as demandas afetivas do paciente: “permanecer reservado e simplesmente receptivo”. Na sequência Freud menciona a necessidade de um estudo sobre o fenômeno da contratransferência. Assim, podemos depreender que a indicação técnica freudiana para enfrentar a contratransferência seja a neutralidade do analista.

Ainda podemos depreender que Freud reconhece a importância do fenômeno contratransferencial para a clínica e, ao mesmo tempo, indica que o tema não deve ser de conhecimento público, devendo ficar restrito ao círculo de psicanalistas. O que temia Freud com a divulgação do fenômeno contratransferencial?

Jacobs (1999) teoriza que a atitude proibitiva de Freud frente à contratransferência era uma resposta à ameaça da imagem pública da psicanálise, decorrente do comportamento antiético de alguns colegas como Jung e Ferenczi que chegaram às vias de fato com suas respectivas pacientes. Freud, como líder de um movimento nascente, entendeu que era necessário posicionar-se contra o comportamento inadequado que poderia vir a ameaçar a existência da psicanálise (Jacobs, 1999).

Ora, se considerarmos a hipótese de Jacobs (1999) como verdadeira, ou seja, que a posição de Freud em relação à contratransferência fazia parte de uma medida protetiva à imagem pública da Psicanálise, a afirmação de Freud sobre um artigo acerca do fenômeno contratransferencial restrito ao próprio círculo de analistas ganha sentido.

Foi concomitante aos problemas transferenciais e contratransferenciais de Jung e Ferenczi que Freud explicitou e explicou a contratransferência, Jung e Ferenczi sucumbiram a atos sexuais com suas pacientes. Esses graves erros, de acordo com Urtubey (1994) permitiram que Freud se conscientizasse da existência e da importância da contratransferência, em uma posição que o aproxima de um supervisor.

A contratransferência, na obra freudiana, pode ser definida como uma reação inconsciente do analista provocada pela transferência do paciente (Freud, 2010/1915; 2013/1910). Bernardi (2007) defende que a noção de contratransferência aparece como um desdobramento, ainda que secundário, do desvelamento do conceito de transferência, ou seja, em sua concepção, a origem da contratransferência pode ser encontrada nos conflitos inconscientes do analista que são despertados no contato com os conflitos infantis do paciente. De acordo com Jacobs (1999), compreendendo a contratransferência como forças inconscientes surgidas no analista que impedem sua capacidade de receber e interpretar corretamente as comunicações do analisando, Freud reconheceu que, a menos que o analista possa trabalhar a fim de superar esses

bloqueios, a análise estará gravemente comprometida. Concebida desta forma, a contratransferência equivale a um modo de resistência do analista. Zaslavsky e Santos (2007) defendem que a posição de Freud em relação a contratransferência corroborou para que uma atitude fóbica fosse desenvolvida em relação a este conceito entre os anos de 1910 e 1950.

## 1.2 CONTRATRANSFERÊNCIA: CONSIDERAÇÕES DE PSICANALISTAS CONTEMPORÂNEOS A FREUD

De acordo com Leitão (2003), encontra-se na literatura duas formas distintas de sistematização teórica do fenômeno contratransferencial após as primeiras formalizações de Freud. A primeira delas divide as teorias em dois grupos diversos e é apoiada por Jacobs (1999) e Kernberg (1985, como citado por Leitão, 2003). Já a segunda é encontrada no artigo de Urtubey (1994), ampliando a categorização do fenômeno em quatro grupos distintos (Leitão, 2003).

De acordo com Jacobs (1999), o modo de compreensão dos diferentes autores, posteriores a Freud, em referência ao fenômeno da contratransferência, pode ser categorizado de duas maneiras: o clássico, que aponta a contratransferência como um obstáculo à compreensão, um modo de resistência do analista; e a ótica oposta, que compreende a contratransferência como instrumento técnico e situa sua função equivalente à de compreensão do inconsciente do paciente.

Já Urtubey (1994), conforme apontado anteriormente, categoriza as teorizações acerca da contratransferência em quatro séries distintas.

- a) *Teoria clássica*: na qual a contratransferência é compreendida como um aspecto neurótico do analista, um resíduo não analisado. Para essa teoria, a contratransferência é sinônimo de uma transferência efetuada pelo analista, cujo objeto é o paciente, o qual representa as imagos infantis do analista. O manejo nesse caso, é a aplicação da regra estabelecida por Freud, ou seja, o domínio da contratransferência, obtido por meio da neutralidade e do silêncio

(Urtubey, 1994). Dentre os principais representantes dessa corrente, Urtubey (1994) destaca Glover, Stern e Annie Reich.

- b) *Teoria moderna e total*: Desenvolvida por volta de 1950, especialmente na Inglaterra, diferente da teoria clássica, essa teoria não considera a contratransferência como aspecto neurótico do analista, mas uma ferramenta de compressão do inconsciente do paciente. A contratransferência é concebida como criação do paciente e engloba todos os afetos experimentados pelo analista no decorrer da sessão. A implicação desse modo de formulação teórica recai sobre o manejo clínico, os sentimentos e afetos não devem ser temidos pelo analista, mas utilizados como chave de acesso ao inconsciente do paciente (Urtubey, 1994). Nessa categoria, Leitão (2003) destaca Strachey, Balint, Winnicott, Bion e Grinberg.
- c) *Teoria da contratransferência neurótica, mas útil*: Nessa perspectiva, a contratransferência é tomada como um fenômeno neurótico que deve ser objeto de análise pessoal e, ao mesmo tempo, é considerada uma ferramenta útil para melhor compreensão da transferência do paciente (Urtubey, 1994). Dentre os principais representantes dessa corrente, Urtubey (1994) destaca Margaret Little e os psicanalistas Harold Searles e Pontalis.
- d) *Teoria da contratransferência como parte do espaço analítico*: Nessa perspectiva, transferência e contratransferência fazem parte de uma unidade. A contratransferência, para esse grupo, não é um fenômeno neurótico, é um fenômeno normalmente produzido pela situação analítica, tem como função a compreensão da situação analítica, onde em seus papéis assimétricos, o analista e o paciente estão imersos. Tal posição surge independentemente dentro de duas escolas, Freud-kleiniano-americana no final dos anos 50, e francês-freudiana algum tempo depois (Urtubey, 1994).

A tentativa de sistematização e categorização é um modo de acessar o fenômeno em estudo, no entanto, entendemos que ela por si só se revela insatisfatória. Justapor teorias e autores diversos em duas ou quatro categorias não comporta todas as implicações clínicas que advém do objeto de estudo da

presente dissertação. Desta forma, o esforço dessa etapa do presente capítulo não será no intuito da sistematização das teorias aqui apresentadas, mas de uma exposição ampla das principais teorizações relativas à contratransferência.

Uma apresentação genérica das diversas teorias se justifica, não pela tentativa de compreensão minuciosa de cada uma delas, senão, pela apreensão dos principais aspectos que os diversos autores erigiram como questão. A expectativa é que, desse movimento, possam ser extraídos os conceitos-chaves que foram levados em consideração na formulação das variadas teorias acerca do fenômeno em estudo, permitindo assim, uma leitura orientada à obra freudiana. Tais conceitos-chaves darão subsídios para concentrar-se nos pontos teóricos fundamentais que devem ser contemplados em um segundo momento da arguição da presente dissertação.

A seleção das teorias aqui descritas respeitou o critério da relevância e ressonância no campo psicanalítico, são, portanto, as teorias e autores considerados mais relevantes nos diferentes materiais acessados para estudo do fenômeno contratransferencial.

De acordo com Jacobs (1999), durante a primeira metade do século XX, poucos autores aventaram interesse na questão contratransferencial, não obstante, esses mesmos autores levantaram questões acerca do fenômeno que permanecem atuais. Em seu artigo histórico Jacobs, (1999) destaca alguns autores contemporâneos a Freud e suas principais contribuições acerca da contratransferência. Baseados especialmente nos autores elencados em tal artigo, os parágrafos que seguem, circunscrevem um pequeno recorte histórico do período que precede a Segunda grande Guerra Mundial quanto as contribuições acerca da contratransferência.

Segundo Jacobs (1999), Ferenczi foi vanguardista ao explorar a natureza interativa da contratransferência e o modo pelo qual transferência e contratransferência se enlaçam no processo analítico. A noção de contratransferência defendida por Ferenczi decorre de seu trabalho com pacientes cujos quadros clínicos eram graves e fora do âmbito estritamente neurótico (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013). Ferenczi discordou da noção freudiana de que a contratransferência deva ser sempre dominada, para tanto, sustenta o argumento de que, quando o analista se esforça conscientemente para dominar algo em si mesmo, produz, como consequência,

a restrição ou inibição da atenção flutuante, facilitando atuações contratransferenciais (Jacobs, 1999). Ferenczi defendia que haviam aspectos infantis do paciente que não eram passíveis de expressão pela linguagem oral, mas que, no entanto, encontravam plena expressão via atuação transferencial. O modo de acesso e compreensão do que emergia em ato, defendia Ferenczi, se dava por meio dos sentimentos contratransferenciais do analista (Zambelli et al., 2013).

Não foi apenas Ferenczi que antecipou certas ideias sobre a contratransferência, Stern (1924, como citado por Jacobs, 1999) diferenciou duas categorias de contratransferência. A primeira delas é decorrente dos conflitos pessoais do analista e constitui, portanto, um modo de resistência do analista. Já a segunda variedade, surge em resposta à transferência do paciente e pode ser utilizada como ferramenta de compreensão do paciente. De acordo com Stern (1924, como citado por Jacobs, 1999), o analista deve permitir a emergência de sentimentos e fantasias, além de possibilitar que seu inconsciente entre em ressonância com o inconsciente do paciente, a fim de captar as comunicações inconscientes deste último.

Glover (1927, conforme Orr, 1954) se preocupou em distinguir dois tipos de contratransferência, a positiva e a negativa, bem como diferenciar a contratransferência do que ele nomeou *contraresistência* do analista. O interesse de Glover pela resistência tanto do paciente, como do analista, prenunciou uma questão clínica de importância atual: de que forma as resistências são mutuamente construídas pelo paciente e analista (Jacobs, 1999). Além disso, Glover pontuou que o analista, mesmo “hipoteticamente analisado por completo”<sup>1</sup>, é vulnerável à transferência do paciente, sendo necessário uma “*toilet*” como parte da rotina diária do analista (Orr, 1954). Esse ponto de vista, segundo Urtubey (1994), coloca Glover mais próximo ao posicionamento clássico referente a contratransferência, uma vez que o autor supõe que para evitar a vulnerabilidade no campo transferencial, o analista necessita de mais análise, ou para usar uma expressão de Glover, uma “*toilet*” diária.

Já Strachey (1934, conforme Jacobs, 1999), embora não tenha desenvolvido um campo teórico acerca do fenômeno contratransferencial, suas

---

<sup>1</sup> No original: “hypothetical state of being thoroughly analysed” (Orr, 1954, p.101).

contribuições tocam o tema em questão. De acordo com Jacobs (1999), Strachey reconheceu que os aspectos intersubjetivos da análise, bem como a participação emocional do analista são elementos indispensáveis na ação terapêutica da análise.

A origem das elaborações posteriores da escola kleiniana e de outros analistas americanos referente ao tema da contratransferência pode ser encontrada em consonância com a posição adotada por Low (1935, conforme Jacobs, 1999). Low (1935, conforme Jacobs, 1999) compreendia que as experiências subjetivas do analista permitiam uma apreensão correta dos conflitos do paciente e defendia o uso das reações contratransferenciais como instrumento analítico.

Pouco antes da eclosão da segunda guerra mundial e próximo a data da morte de Freud, Alice Balint e Michael Balint publicam em 1939 o artigo *Sobre a transferência e a contratransferência* no *Jornal Internacional de Psicanálise*. Neste artigo Balint e Balint (1939) tratam essencialmente da neutralidade do analista, nesse sentido, os autores defendem a impossibilidade de uma atitude analítica isenta de quaisquer resquícios pessoais.

Balint e Balint (1939) citam inúmeras situações que exemplificam como a personalidade do analista interfere no dispositivo analítico, como por exemplo, a escolha de um método de interpretação em detrimento de outro, a forma de arrumar a sala, a disposição dos móveis, o modo de encerrar a sessão, etc. Destacando a importância do setting e a estreita relação entre setting e contratransferência. No entanto, os autores defendem que tais diferenças de técnica pouco influenciam no resultado final de uma análise. As diferenças individuais de ordem técnica de um analista para outro, segundo os Balints (1939) entram a serviço da economia psíquica do analista: são formas bem adaptadas, racionalizadas e sublimadas de aliviar tensões provocadas no contato com o paciente. O objetivo principal de uma análise, destacam os autores, não é aliviar as tensões do analista, no entanto, as diferentes técnicas empregadas, que variam de analista para analista se justificam por esse fenômeno. Exercer a função de analista, segundo os Balints (1939) implica em uma dupla tarefa, objetiva e subjetiva. É objetiva no sentido de que o paciente, independente da forma individual de analisar de seu analista, deve reconhecer seus próprios conflitos inconscientes, e não os do analista. Já a tarefa subjetiva,



demanda que a análise não se torne um fardo emocional pesado demais para o analista, assim, a técnica individual deve proporcionar escoadouro afetivo suficiente para o analista (Balint & Balint, 1939).

Retomando a metáfora freudiana do espelho, Balint e Balint (1939) afirmam que se comportar como um espelho bem polido é refletir o paciente em sua totalidade, sem distorções, o que é diferente de se igualar a um objeto inanimado. Se tal objetivo foi alcançado, defendem os Balints (1939), não importa o quanto da personalidade do analista se revelou pela aplicação de sua técnica: “Só há um método de psicanálise, aquele que nos foi legado por Freud, mas há diferentes formas de alcançar este objetivo. Uma técnica absolutamente boa, a ser seguida por todos os analistas do mundo, é algo que não existe” (Balint & Balint, 1939, p. 13). No entanto, o analista deve estar consciente de suas gratificações emocionais, oriundas de sua técnica pessoal, pagando o preço por torna-se analista: um controle consciente cada vez maior de sua vida afetiva (Balint & Balint, 1939).

Acerca das variadas concepções do fenômeno contratransferencial nesse recorte histórico, Orr (1954) destaca uma distinção básica entre contratransferência concebida como uma reação inconsciente à transferência do paciente (visão original de Freud) e a própria transferência do analista para o paciente, refletindo, nesse último caso, dificuldades neuróticas próprias ao analista.

Assim, o modo de conceber a contratransferência reflete diretamente na proposta de manejo clínico. Considerar a contratransferência como uma reação à transferência do paciente, inclui necessariamente analista e paciente, afinal uma reação é uma resposta a algo, o que a contratransferência responde é, senão, os conflitos inconscientes do próprio paciente, sendo assim, a contratransferência, embora concernente ao que emerge no analista, abarca o paciente. Por outro lado, considerar a contratransferência como uma transferência do analista, cujo objeto é o paciente, exclui o paciente. Nesse último caso, o paciente é um objeto substituto dos conflitos edípicos do próprio analista. Não é por casualidade que a recomendação clínica nesse caso seja a própria análise pessoal, como tentativa de deslocar o paciente do lugar de substituto de um objeto pregresso do analista.

### 1.3 CONTRATRANSFERÊNCIA: CONSIDERAÇÕES DOS PÓS-FREUDIANOS

Antes da segunda guerra mundial a maioria das questões relativas à contratransferência foram levantadas para consideração, mas apesar desse fato, a contratransferência ocupou, por algumas décadas, um lugar periférico na psicanálise, um conceito reconhecido como importante, mas pouco desenvolvido e explorado (Jacobs, 1999), foi em meados de 1950 que a temática da contratransferência começa a ganhar corpo nas publicações psicanalíticas, refletindo a crescente importância do fenômeno para a clínica (Tyson, 1986).

Jacobs (1999) levanta a hipótese que esse pouco interesse do campo psicanalítico na questão contratransferencial se deveu, em parte, porque Freud escreveu comparativamente pouco sobre a contratransferência, e por outro lado, a psicanálise estava preocupada com outros assuntos, dentre eles o esforço por estabelecer a Psicanálise como ciência. Já Zalasvsky e Santos (2007) destacam que a posição freudiana pode ser compreendida de acordo com seu modelo teórico “unipessoal”, com o fato de Freud ter empreendido uma autoanálise e não ter sido analisado por outro analista, e por fim, argumentam os autores, que Freud estava preocupado com a violação das barreiras sexuais por parte de alguns discípulos com suas respectivas pacientes, tese essa também defendida por Jacobs (1999).

De acordo com Caldwell e Joyce (2011), uma atenção mais ampla no campo psicanalítico ao fenômeno contratransferencial foi desenvolvida após a apresentação do tema por Heimann, em sua palestra intitulada “Sobre a contratransferência”, no 16º Congresso Internacional de Psicanálise, organizado pela IPA em 1949. Palestra esta que foi publicada em 1950, no *The International Journal of Psychoanalysis* (IJPA). Já Bernardi (2007), além de atribuir o início desse movimento de reconhecimento da questão contratransferencial à Heimann, também evoca o artigo de Racker, intitulado *A neurose de contratransferência* (1948/1953), publicado em Buenos Aires sobre a temática. Juntos, os artigos de Heimann e Racker, segundo Bernardi (2007), provocaram uma mudança conceitual na visão da contratransferência e no que ela representa, quase simultaneamente.

Não obstante, Winnicott em 1947, já havia apresentado uma palestra intitulada “O ódio na contratransferência”, na Sociedade Britânica de Psicanálise (BPAS), já a publicação do referido artigo é mais tardia, data do ano de 1949 no *The International Journal of Psychoanalysis*. Naquele momento, no entanto, tal artigo não suscitou muito debate (Caldwell & Joyce, 2011). De 1949 em diante a contratransferência foi referida de uma forma bastante diferente (Little, 1950; Reich, 1949, Tower, 1955) e o artigo de Winnicott (1949) pode ser considerado como uma antecipação desse interesse (Caldwell & Joyce, 2011). Ainda de acordo com Caldwell e Joyce (2011) a concepção de Winnicott surge das dificuldades do trabalho com pacientes psicóticos, e o significado deste artigo reside na compreensão de que a contratransferência pode ser elevada à uma ferramenta útil de compreensão dos conflitos do paciente, uma mudança de paradigma na elucidação do fenômeno, normalmente associada à Paula Heimann (1950) e Heinrich Racker (1953).

A experiência da segunda guerra mundial trouxe uma série de novas questões à Psicanálise, colocando os analistas frente a uma variedade de condições mentais, em especial o trauma, aumentando o interesse no trabalho psicanalítico com pacientes fora do âmbito estritamente neurótico (Jacobs, 1999). Segundo Jacobs (1999), à medida que os analistas expandiam suas práticas para incluir uma gama maior de psicopatologias, para além das neuroses, os analistas defrontaram-se com emoções poderosas que se originavam no atendimento de pacientes cujas questões eram mais primitivas que as já conhecidas questões edípicas. O movimento de ampliação da clínica psicanalítica, com o intuito de englobar o tratamento de pacientes psicóticos, limítrofes e crianças trouxe para primeiro plano a questão contratransferencial (Bernardi, 2007). De acordo com Machado (2009) o atendimento clínico da criança e, conseqüentemente, de sua família atinge o que há de mais primitivo no analista, uma vez que “as crianças atuam, no ambiente, sua agressão, sua sedução e suas defesas” (Machado, 2009, p. 111) trazendo como resultado um afloramento intenso dos sentimentos contratransferenciais, sejam eles a angústia, o medo ou as questões relativas à lei e à morte.

Foi, portanto, a combinação da experiência do pós-guerra e a ampliação da clínica psicanalítica, tanto no sentido de abranger outras psicopatologias para além da neurose, como para abarcar a infância, que possibilitou a emergência

de longos debates, inspirados nos conceitos kleinianos, sobre a extensão do conceito de contratransferência (Leitão, 2003).

Em vista disto, apresentar as principais teorias psicanalíticas acerca da contratransferência a partir desse momento histórico ímpar será a próxima etapa desse capítulo.

### 1.3.1 WINNICOTT E A CONTRATRANSFERÊNCIA

De acordo com Pinheiro (2012), Freud defendia que o trabalho psicanalítico com a psicose não poderia ser efetuado, uma vez que a análise se desdobra sob transferência e, na visão freudiana, os pacientes psicóticos não desenvolviam uma transferência efetiva com o analista. Winnicott rejeita tal asserção e defende que o trabalho com a psicose exige do analista uma postura diferente daquela exigida pelo trabalho com a neurose (Pinheiro, 2012).

Foi em parte como resultado da experiência com pacientes psicóticos que Winnicott publicou seu famoso artigo “O ódio na contratransferência” (Jacobs, 1999). Segundo Abram (2000), tal artigo evidencia a tensão emocional a que está submetido o analista ao propor um tratamento para pacientes psicóticos.

Nesse artigo, dividindo os pacientes em duas categorias nosológicas, os neuróticos e os psicóticos, Winnicott (2000/1949) destaca as diferenças de demanda de trabalho imposta por cada grupo, sublinhando a maior exigência afetiva ao analista no trabalho com a psicose.

A demanda emocional, no tratamento com pacientes psicóticos, é semelhante à exigida pelo recém-nascido à mãe (Abram, 2000), pois nesse tipo de tratamento o paciente força um relacionamento de tipo primitivo, chegando até o limite da fusão (Winnicott, 1983/1960), no qual o analista é convocado “a ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente” (Winnicott, 2000/1949, p. 282), diferente do tratamento com pacientes neuróticos que tiveram boas experiências primitivas que podem ser por eles usadas no campo da transferência. Assim, Winnicott (2000/1949), no tratamento de pacientes psicóticos, eleva a provisão e manutenção de um ambiente regular ao mesmo estatuto de importância que afere à interpretação para pacientes neuróticos.

Partindo desta distinção entre tratamento analítico para as diferentes classes diagnósticas, Winnicott (2000/1949) define a contratransferência sob três prismas:

- “1. Anormalidade dos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos no analista. O comentário a esse respeito é de que o analista precisa de mais análise. (...)
2. As Identificações e tendências oriundas das experiências e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem as bases positivas para seu trabalho analítico e tornam esse trabalho diferente do de outros analistas.
3. Destes dois tipos de fenômeno eu distingo a contratransferência verdadeira objetiva, ou se isso for difícil, o amor e o ódio do analista em relação à personalidade e ao comportamento reais do paciente, com base em uma observação objetiva” (Winnicott, 2000/1949, p. 278).

É assim que no artigo *Contratransferência*, Winnicott (1983/1960), deixa evidente seu posicionamento sobre a diferença técnica entre o tratamento da neurose e da psicose. Afirmando que a descrição de número um continua válida para casos de neurose, ou seja, que a contratransferência representa a transferência do próprio analista para o paciente, “estragando” a atitude profissional e perturbando o curso do processo analítico. No entanto, quando se trata de pacientes psicóticos, Winnicott (1983/1960) defende o uso da contratransferência como instrumento clínico.

O artigo de Winnicott (2000/1949), “O ódio na contratransferência” preocupa-se prioritariamente em desenvolver a definição de número três apresentada no excerto acima. É sobre a contratransferência “verdadeira objetiva”, leia-se ódio, que Winnicott (2000/1949) tecerá suas considerações e relacionará com o tratamento da psicose.

Comparando as necessidades do paciente psicótico com as necessidades do lactente, Winnicott (2000/1949) pontuará o lugar que o ódio ocupa na relação mãe-bebê e que igualmente ocupará na relação paciente psicótico-analista.

Pinheiro (2012), ao descrever as necessidades do paciente psicótico, tal como o formula Winnicott, destaca que:

Algumas pessoas não terão recursos emocionais para vivenciar a questão proposta pelo conflito edipiano, pois

estão ainda muito preocupadas em sustentar suas possibilidades de Ser. Estão ainda às voltas com uma diferença mais básica do que a sexual. Estão procurando meios para saírem do estado subjetivo primitivo de indiferenciação, de fusão, para poderem se perceber como sujeitos singulares e aí, então, definir seu posicionamento diante da partilha entre os sexos (Pinheiro, 2012, p. 135).

A questão psicótica, portanto, se localiza em um momento bastante primitivo do desenvolvimento emocional, anterior ao desfecho do Complexo de Édipo e versa sobre a diferenciação eu/outro. Em casos de psicose, cujo modo de relação é predominantemente fusional, o afeto suscitado no analista, via regressão na transferência, é o ódio (Pinheiro, 2012). Na análise com neuróticos o ódio pode permanecer latente, no caso dos psicóticos, para manter o ódio latente, ou descrito de outra forma, não reagir motivado pelo ódio, é necessário que o analista esteja consciente de seus afetos pelo paciente (Winnicott, 2000/1949).

Na experiência da maternidade, a mãe tolera o ódio que sente pelo seu bebê, sem retaliar e sem esperar que o bebê tenha consciência do que a mãe faz por ele (Caldwell & Joyce, 2011). A mãe, por se encontrar em um momento de desenvolvimento emocional diverso de seu bebê, já inserida na ambivalência afetiva, é capaz de sentir ódio pelo bebê que pode ser descrito como objetivo: “é ação positiva, não é retaliação, não é jogo neurótico, não é utilizado para submissão” (Pinheiro, 2012, p. 142), o ódio objetivo é fundamental para permitir a separação e a diferenciação.

Isso tem uma significação clínica para pacientes psicóticos ou extremamente dependentes: se uma das funções do analista nesses casos é auxiliar para que o fluxo de desenvolvimento emocional avance, no sentido de que o paciente possa alcançar o estágio de diferenciação eu/outro, a função do ódio objetivo do analista será fundamental, tal qual o ódio materno deveria ter sido.

Winnicott (2000/1949) propõe que a função do analista com cada paciente dependerá do momento de desenvolvimento emocional que o paciente traz via transferência. A proposta clínica será, portanto, que o analista identifique as necessidades do paciente via transferência/contratransferência e adapte-se

ativamente a elas, tal como a mãe de um bebê neonato (Pinheiro, 2012). Partindo desse prisma, Winnicott (2000/1949) descreve as necessidades do paciente psicótico e a função do analista nesse contexto:

O analista deve dispor de toda paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Deve reconhecer que os desejos do paciente são necessidades. Deve deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível e ser pontual e objetivo. E deve parecer querer dar o que na verdade precisa ser dado apenas em razão das necessidades do paciente (Winnicott, 2000/1949, p. 287).

Por fim, Winnicott (2000/1949) ressalta que o paciente psicótico, por ainda não ser dotado da capacidade de identificação, não será capaz de apreciar o ponto de vista do analista e de compreender o que o analista teve de tolerar na relação. O paciente, também, não será capaz de compreender que o ódio suscitado no analista se deve em grande parte por aquilo que o paciente faz, suas ações objetivas e por sua expressão de amor primitivo, ou seja, aquela na qual amor e ódio são coincidentes (Winnicott, 2000/1949).

No entanto, Winnicott defende que no momento correto, no fim do processo de análise, o paciente deve saber do analista tudo aquilo que o analista suportou sem que o paciente soubesse. E arremata “Enquanto essa interpretação não for feita, o paciente permanecerá de algum modo na condição de criança – incapaz de entender o que ela deve à sua mãe” (Winnicott, 2000/1949, p. 287).

Nesse sentido, o trabalho com a psicose demonstra para o autor que os afetos suscitados no analista podem ser tomados como instrumento clínico na medida em que indicam quais seriam as necessidades de seu paciente a serem satisfeitas por meio do manejo do setting clínico. Com esse posicionamento, Winnicott, segundo Caldwell e Joyce (2011), abre a discussão para o entendimento da contratransferência para além da noção de resistência do analista. Uma perspectiva que, aparentemente, o afasta das concepções freudianas sobre a função da contratransferência, na clínica. No entanto, seguindo sua proposição de divisão nosográfica, Winnicott (1983/1960) afirma que a premissa freudiana em relação à contratransferência deve ser seguida em relação aos pacientes neuróticos, na medida em que esses pacientes tiveram boas



experiências emocionais primitivas as quais podem ser por eles usadas no campo da transferência sem a necessidade da ocorrência de uma regressão aos primórdios do desenvolvimento emocional. Nesse sentido, Winnicott (1983/1960) sugere que, no trabalho com a neurose, a contratransferência retira o analista de sua função clínica e, ao retirar do analista suas possibilidades de exercer sua função a contento, se apresenta como resistência ao progresso da análise. Assim, para ele, como Freud havia indicado, aqui a análise pessoal do analista é a possibilidade de contornar a resistência.

### 1.3.2 PAULA HEIMANN E A CONTRATRANSFERÊNCIA

O passo libertador dado por Winnicott no uso da contratransferência foi logo seguido por outra contribuição histórica, no mesmo ano da publicação de “O ódio na contratransferência”, Heimann (1950) argumentou em seu famoso artigo “Sobre a contratransferência” apresentado no congresso da IPA de 1949 e publicado em 1950 (Caldwell & Joyce, 2011) que a contratransferência era inevitável, e constituía uma ferramenta de pesquisa essencial ao analista. Em uma nota de rodapé desse trabalho, a autora coloca em evidência o fato do problema contratransferencial ter se tornado objeto de estudo de autores variados quase que simultaneamente, afirmando que esse episódio histórico indicaria a necessidade de uma investigação profunda sobre a natureza e função da contratransferência (Heimann, 1950; Timo & Ribeiro, 2017).

Heimann (1950) parte de sua experiência como supervisora clínica que acompanhava, portanto, o processo de formação de jovens analistas (Timo & Ribeiro, 2017), argumentando que tal artigo foi motivado pela crença de muitos desses analistas em formação, de que o campo analítico deve ser neutro e a postura mais correta seria a da imparcialidade, tais analistas, segundo a autora, tomam seus próprios afetos em relação a seus pacientes como uma fonte de perturbação. Heimann (1950) defende que tal neutralidade encontra subsídios em uma má interpretação de algumas passagens freudianas, que comparam o analista ao cirurgião e ao espelho. Para Heimann (1950), as palavras de Freud que prescrevem que o analista reconheça e domine sua contratransferência, não devem ser compreendidas como o germen que justifica um analista insensível e

imparcial. Para a autora, o analista deve ser capacitado para utilizar sua resposta emocional suscitada pelo paciente como chave do inconsciente desse, como uma fonte de insight para delimitar os conflitos e defesas inconscientes do paciente.

A análise do analista, nesse contexto, tem a incumbência de capacitar o analista a suportar os afetos que nele foram mobilizados, sem descarregá-los. Tais sentimentos, portanto, devem ser subordinados à tarefa analítica (Heimann, 1950). Segundo Urtubey (1994), na teoria de Heimann, a percepção inconsciente do inconsciente do paciente é alcançada por meio de afetos. Quanto ao emprego que o analista pode fazer dos seus afetos, Heimann (1950) era explícita em sua visão das limitações do uso de reações e sentimentos contratransferenciais e considerava impróprio que o analista os comunicasse ao paciente.

Heimann (1950), defende que a contratransferência é um importante indicativo dos processos inconscientes do paciente, e ao seguir suas pistas, o analista tem um guia que o auxilia em uma compreensão mais ampla. Heimann compreende a contratransferência como sendo em grande parte criação do paciente. Isso significa, de acordo com Jacobs (1999), que as experiências subjetivas do analista foram projetadas pelo paciente, assim, o que o analista experimenta subjetivamente pode ser entendido como representante de aspectos psíquicos do paciente.

Noções básicas do pensamento kleiniano estão na base do ponto de vista defendido por Heimann, ansiedades e defesas primitivas do paciente, tais como projeção, introjeção e identificação projetiva (Benardi, 2007). Heimann havia sido analisada por Klein e à época da escritura do supracitado artigo era membro do grupo kleiniano, no entanto, foi após uma divergência acerca o conceito da contratransferência que ocorreu a ruptura teórica entre Heimann e Klein. Klein temia que uma ampliação generalizada do uso da contratransferência pudesse ser usada como justificativa para as deficiências na formação do analista (Timo & Ribeiro, 2017), uma vez que o analista poderia situar questões que lhe são próprias como pertencentes ao paciente (Benardi, 2007).

### 1.3.3 MARGARETH LITTLE E A RESPOSTA TOTAL DO ANALISTA ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE

Em 1950 Little publicou o artigo “*R*” – *A resposta total do analista às necessidades do seu paciente*. Concernente ao referido artigo, Jacobs (1999) destaca que Little toma a contratransferência em sua complexa relação com a transferência, compreendendo-as como um amálgama de elementos normais e patológicos derivados tanto do psiquismo do paciente quanto do analista.

No referido artigo, Little (1950) compreende por contratransferência todos os elementos recalcados, não analisados que se associam ao paciente, é a transferência do analista sobre o analisando. Em contrapartida, o termo “*R*” refere-se a toda atitude ou comportamento do analista para com o paciente, sejam elas provenientes do Inconsciente, do Eu ou do Supereu, em outras palavras “a resposta total do analista às necessidades de seu paciente, quaisquer que sejam essas necessidades; e qualquer que seja a resposta” (Little, 1950, p. 90). A contratransferência está contida em *R*, e é assim, uma parte dessa.

Little (1950) propõem discutir as responsabilidades e os limites de uma análise. Nesse contexto, a autora defende a tese de que o analista é o único responsável pela totalidade de sua resposta às necessidades de seu paciente: Aquilo que é dito, pensado, sonhado, sentido, decidido, transformado em ato pelo analista, pertence ao analista e ele deve assumir a responsabilidade total por isso, mesmo que tais respostas sejam provenientes de processos inconscientes. O analista empresta, temporariamente, sua capacidade de se responsabilizar ao analisando. E esse empréstimo tem uma função clínica, “A capacidade final do paciente de assumir suas próprias responsabilidades depende de ele ter uma pessoa confiável e responsável com quem se identificar” (Little, 1950, p. 93).

O compromisso que o analista assume com seu paciente envolve também os sentimentos.

O analista deve estar disposto a sentir, a respeito do seu paciente, com seu paciente e às vezes até mesmo por seu paciente, no sentido de suprir sentimentos que o paciente seja incapaz de encontrar em si mesmo e na ausência dos

quais nenhuma mudança real possa ocorrer” (Little, 1950 p. 95).

Enquanto Paula Heimann (1950) é certa em afirmar que nenhuma interpretação da contratransferência deve ser feita, Margaret Little (1950) defende que deixar o paciente saber o que ele tem demandado do analista pode ser o objetivo da análise. Little (1950) defende a expressão clara e explícita do sentimento real do analista pelo paciente e seu desejo de ajudar, em momentos oportunos. Do ponto de vista do analista, a censura a todo e qualquer sentimento é irreal, no entanto, defende a autora, deve haver um limite interno estabelecido no analista.

Little (1950) lembra que a expressão dos sentimentos por parte do analista pode proporcionar uma satisfação exagerada, ou tornar-se um fardo para o paciente, mas que, no entanto, se a identificação e a separação do analista com o paciente, estiverem ocorrendo da maneira correta, tais expressões tendem a acontecer nos momentos oportunos. Caso identificação e separação não estejam ocorrendo de maneira precisa, qualquer outro meio de tratar a situação apresentará dificuldades. O erro para Little (1950), não se situa especificamente na expressão de afetos, mas em dificuldades no processo de identificação e separação.

De toda a forma, os benefícios que o paciente pode obter da expressão dos sentimentos de seu analista são limitados.

Mais cedo ou mais tarde ele tem que se dar conta de que ninguém mais pode amar ou odiar por ele, ele tem que sentir por conta própria e assumir responsabilidade por isso. Mas neste ínterim ele teve ali uma pessoa que sentia e a oportunidade de se identificar com ela, não somente ao projetar sua própria ausência de sentimento e ao descobrir a projeção, como ao introjetar o analista que sente” (Little, 1950, p. 96-97).

De acordo com Little (1950), é justamente nos limites, sejam eles da responsabilidade, do compromisso ou dos sentimentos, que se encontram os pontos de separação. Quando um paciente toma consciência que um certo limite foi atingido, e que há uma impossibilidade de ultrapassá-lo, mesmo que suas necessidades e exigências não tenham sido totalmente satisfeitas, ele pode

inteirar-se de sua separação, ou seja, que ele e o analista são duas pessoas distintas. Aqui é onde entra o manejo, pois a situação da separação pode ser melhor ou pior tolerada, dependendo do paciente e de seu momento de análise; para aquele cuja habilidade em tolerar a separação é muito frágil e, se tal limite for atingido cedo demais, a exigência sobre seu Eu será demasiada, podendo dar lugar a alguma reação, por exemplo, um *acting out* (Little, 1950).

Responsabilidade, compromisso e sentimento colocam o analista como uma pessoa, um ser humano vivo com o qual é dada a possibilidade de travar contato e um relacionamento (Little, 1950). Little (1950) afirma que a ideia freudiana de tela ou espelho, funciona muito bem para pacientes neuróticos, mas que no trabalho com pacientes psicóticos, ou com manifestações de ansiedade psicótica, o contato mais direto como o analista se faz necessário, uma vez que, segundo Little (1950), simbolismo e pensamento dedutivo faltam a estes pacientes.

#### 1.3.4 ANNIE REICH E A CONTRATRANSFERÊNCIA

Partindo do prisma da análise clássica, Annie Reich respondeu ao desafio colocado pelos seus colegas ingleses. Em uma série de artigos (1951, 1960, 1966), ela defendeu a concepção da contratransferência que prevalecia entre os analistas tradicionais, reiterando a opinião de Freud de que a contratransferência devia ser dominada (Jacobs, 1999).

A concepção de Reich sobre a contratransferência teve bastante influência sob o pensamento norte americano. Após a guerra e por aproximadamente três décadas subsequentes a psicanálise na América foi dominada pelos analistas emigrados da Europa, muitos deles tinham laços estreitos com Freud (Jacobs, 1999). Esses analistas tomaram como função proteger a psicanálise da diluição, havia, segundo Jacobs (1999), uma atmosfera que temia uma contaminação da psicanálise por uma cultura desconhecida, a qual Freud declarava abertamente não gostar. Assim os herdeiros da psicanálise freudiana emigrados para os Estados Unidos se fecharam para ideias diferentes das do fundador da psicanálise, tal como a compreensão de que a contratransferência podia ser um instrumento de análise.

Por aproximadamente duas décadas a visão de Reich foi hegemônica aos analistas tradicionais dos Estados Unidos, solidificando a opinião de que a contratransferência é um problema que diz respeito ao analista, devendo ser desvelada em um autoexame e também em sua análise pessoal. Devido a essa grande influência, por alguns anos, uma cortina de silêncio pairou nos Estados Unidos sobre a temática contratransferencial (Jacobs, 1999).

Para Reich (1949), ter sentimentos pelo paciente não se trata de sinônimo de uma manifestação contratransferencial, desde que esses sentimentos sejam conscientes. A autora entende a contratransferência como uma transferência por parte do analista, ou seja, o paciente representa para o analista um objeto pregresso de sua vida afetiva, sobre o qual, ele atualiza seus conflitos inconscientes.

Reich (1949) também incluiu sob o conceito da contratransferência a noção de *acting-out*, compreendendo como *acting-out* respostas e manejo por parte do analista movidos por uma tendência inconsciente desconhecida. Ou seja, para a autora, o conceito de contratransferência diz respeito às dinâmicas que estão em jogo na situação analítica, mas que não são conhecidas do analista, relaciona-se, portanto, com o inconsciente do analista e refletem dificuldades neuróticas deste.

Reich (1949) divide a contratransferência em duas categorias: a aguda e a permanente. No caso da contratransferência aguda, um paciente, em um determinado momento de análise, reflete algo que é intolerável para o analista. Nesses casos, o paciente não é um objeto de uma pulsão, mas reflete a pulsão, como se essa já estivesse realizada. No caso da contratransferência permanente, os distúrbios independem de qualquer situação especial do analista (uma doença, por exemplo), ou do material clínico apresentado. Trata-se da atualização da neurose do analista na situação analítica, ou seja, o analista passa a atuar seus próprios conflitos, transferindo-os para o paciente ou para o cenário em que se desenrola a análise.

Dez anos mais tarde, Reich (1959) escreve um novo artigo sobre a temática contratransferencial, cujo objetivo residia em refutar a tese sobre o valor positivo e terapêutico da contratransferência.

Reich (1959) critica as correntes psicanalíticas que colocam muita ênfase no valor terapêutico do envolvimento ativo do analista e na experiência

emocional corretiva do paciente. Para Reich (1959) a participação emocional do analista consiste em “gratificações ou frustrações transferenciais que são conferidas ao paciente não apenas por palavras, isto é não pelos meios de interpretação” (Reich, 1959, p. 76). Preterir a interpretação à experiência emocional é, segundo Reich (1959), deixar a análise do ego em segundo plano, o que ocorre, nessas correntes que defendem o valor terapêutico da contratransferência, é uma tentativa de trabalhar o inconsciente diretamente e de exercer influência imediata nas relações de objeto. O que resulta, em sua concepção, em resultados incompletos e efêmeros.

Quanto ao manejo da contratransferência, Reich (1959) se mostra em desacordo com a corrente que defende a livre expressão de afetos para o paciente, segundo a autora, é totalmente desnecessário sobrecarregar o paciente com questões do próprio analista e interferir na sequência da análise ao apresentar material irrelevante, não pertencente ao paciente.

Desta forma, podemos compreender a visão de Reich, concordante com a concepção clássica, tanto do ponto de vista de Jacobs (1999), como de Urtubey (1994). A contratransferência é considerada material inconsciente do próprio analista, proveniente de seus conflitos infantis, não guardando relação com o conteúdo inconsciente do analisando. Uma vez que o material manifestado por meio da contratransferência pertence ao analista, não há porque considera-lo material de análise do paciente, senão do próprio analista. A solução apontada por Reich (1949) para a problemática contratransferencial reside em uma análise profunda do analista. Uma vez que, o fenômeno da contratransferência interfere na capacidade do analista em compreender, responder, manejar e interpretar de maneira inequívoca.

### 1.3.5 LUCIA TOWER E A NEUROSE DE CONTRATRANSFERÊNCIA

Tower em sua palestra nomeada “Contratransferência”, apresentada à Sociedade Psicanalítica de Chicago em maio de 1955 e à Associação Americana de Psicanálise em Nova York, também no ano de 1955, ressalta que apesar da temática da contratransferência suscitar concepções contraditórias tanto no modo de descrevê-la, quanto de compreendê-la ou



utilizá-la, as divergências, concentram-se basicamente na discussão do núcleo analista como espelho *versus* analista como ser humano.

As teorias que ressaltam a atitude proibitiva em relação à contratransferência, supõem, segundo Tower (1955), uma capacidade do analista de controlar, conscientemente, seu inconsciente, o que, em certa medida, infringe a premissa psicanalítica de que o ser humano é dotado de um inconsciente, o qual não se sujeita a um controle consciente, mas que, no entanto, é passível de investigação por meio de uma análise.

Tower (1955) conceitua a contratransferência como a transferência do analista para o paciente. Segundo Tower, o interjogo entre transferência do paciente e contratransferência do analista pode ser de vital importância para a resolução da neurose de transferência, não menosprezando o valor das comunicações verbais do paciente e das interpretações do analista, já que essas últimas são meios pelos quais se constituem “profundos canais subterrâneos de comunicação” entre paciente e analista.

Transferências e contratransferências são fenômenos inconscientes, fundados na compulsão de repetição, proveniente de experiências importantes, vividas em grande parte na própria infância e dirigidos a pessoas que tiveram um lugar considerável na vida emocional passada do indivíduo (...) os fenômenos transferenciais, que provêm de conflitos inconscientes profundos, numa dada situação, num dado momento e em resposta a um dado indivíduo, e nos quais são mobilizadas experiências antigas e afetivamente significativas em relação a figuras importantes mais precoces (Tower, 1955, pp. 33-34).

Transferência e contratransferência são produtos do trabalho inconsciente combinado do analista e do paciente.

O surgimento de uma “neurose de contratransferência” em grande parte dos tratamentos analíticos longos e intensivos, é bastante comum segundo Tower (1955). Tal estrutura é “a contrapartida essencial e inevitável da neurose de transferência” (Tower, 1955, p. 36). Na concepção de Tower a contratransferência funciona como um catalisador (substância inerte, que em um dado ambiente, pode acelerar ou refrear um processo químico) do processo analítico, e tem o significado de ser o meio pelo qual o analista tem



uma compreensão dos fatores emocionais da neurose de transferência. Transferência e contratransferência são, portanto, fenômenos inter-relacionados. O contato analítico, nessa perspectiva, é compreendido como uma via de mão-dupla, que proporciona interação em nível inconsciente e transferencial, não apenas do lado do paciente.

Segundo Tower, o objetivo final de uma análise, a mudança do paciente, não pode acontecer sem que antes ocorra uma mudança no próprio terapeuta, quantitativamente menor, mas não de menor importância. As mudanças no terapeuta são resultado da combinação de respostas adaptativas do Eu do analista e suas reações contratransferenciais, objetivando minorar as resistências transferenciais particulares do paciente.

A situação terapêutica entre o paciente e o analista, em seus níveis não verbais e mais profundos, é provavelmente construída segundo o protótipo da simbiose mãe-filho, tão finamente descrito por Benedek, e implica trocas libidinais ativas entre ambos, através dos canais de comunicação inconsciente, não-verbal. Portanto, falando de modo geral, os pacientes realmente afetam seu analista. Nesses níveis profundos de trocas, as tendências dominantes de uso construtivo ou destrutivo da situação terapêutica, pelo paciente, são provavelmente oriundas de sua relação mais precoce com a mãe (Tower, 1955, p. 51).

Assim, Tower concebeu a análise como um processo dual, no qual inconsciente do paciente e do analista encontram-se em interação contínua, a resolução da neurose de transferência seria possível a partir da capacidade do analista de reconhecer e de trabalhar sua neurose de contratransferência (Jacobs, 1999).

### 1.3.6 LACAN E “THE COUNTERTRANSFERENCE”

De acordo com Duparc (2001) as publicações acerca da contratransferência começaram a aparecer a partir da década de 70 na França, tardiamente, se comparadas aos países de língua inglesa e a América Latina. Duparc (2001) e Bernardi (2007) defendem que o atraso da França no

desenvolvimento da questão contratransferencial está relacionado à influência do pensamento lacaniano.

Lacan menciona seu posicionamento em relação à contratransferência em seus Escritos em 1951 (Duparc, 2001). Neste texto, Lacan responsabiliza a contratransferência pelos erros de Freud com Dora, considerando-a um prejuízo, um constrangimento e um caso de confusão. Posteriormente em sua obra, Lacan se refere à contratransferência apenas de maneira irônica, usando o vocábulo em inglês “*The countertransference*” para indicar que para ele é uma invenção inglesa estranha à linguagem original da psicanálise (Duparc, 2001).

Miller (2003, como citado Bernardi, 2007) assinala que,

o manejo da contratransferência está ausente da prática de orientação lacaniana, não está discutido nela e isto é coerente tanto com a prática na sessão quanto com a doutrina lacaniana do inconsciente (...) A contratransferência aparece cabalmente na prática lacaniana, mas apenas em seu aspecto negativo: não é um instrumento de investigação (p.1060 e 1064).

Concernente à teoria lacaniana, Duparc (2001) aponta os principais elementos teóricos que fundamentam a decisão de Lacan por rejeitar o uso da contratransferência como instrumento clínico. Em primeiro lugar Lacan considera o termo contratransferência demasiado simétrico à transferência, sugerindo um vínculo imaginário entre paciente e analista, e, destaca Duparc (2001), Lacan via no imaginário o protótipo de alienação do Eu. O termo contratransferência parecia encorajar um relacionamento dual em detrimento de um relacionamento triangular mediado pela linguagem (Duparc, 2001).

O segundo ponto teórico destacado por Duparc (2001) para justificar a relação de Lacan com a contratransferência é a discordância de Lacan com os elementos teóricos prioritários dos autores que desenvolveram o conceito: a comunicação pré-verbal, o afeto e a relação dual. Lacan, de acordo com Duparc (2001) sempre defendeu a função paterna como suporte do desejo, bem como o nome-do-pai como fiador da ordem simbólica, como um meio pelo qual o sujeito poderia escapar do domínio materno. Em seus escritos posteriores, ele procurou limitar a função do analista a uma função puramente simbólica, na qual

o principal objetivo da neutralidade do analista seria frustrar a transferência imaginária do paciente, composta por afetos (Duparc, 2001).

Sob um terceiro prisma, o modo de compreensão de Lacan com relação à contratransferência é tomado por Duparc (2001) como alusivo à brevidade de sua própria análise e sua dificuldade em tolerar mais do que um mínimo de transferência de seus pacientes. As excessivas manipulações do setting a serviço de uma escansão do significante (Lacan interrompia uma sessão justamente quando um significante fundamental emergia), ocultava qualquer análise de contratransferência em si mesmo (Duparc, 2001).

“A postura de Lacan não era mais que uma caricatura da recomendação de Freud para dominar a contratransferência”<sup>2</sup> (Duparc, 2001, p. 153). No entanto, de acordo com Duparc (2001), o papel de Lacan no que concerne a temática da contratransferência talvez não fosse inteiramente negativo, pois ele contribuiu, ainda que indiretamente, para a subsequente originalidade das elaborações francesas sobre a temática.

A prática idiossincrática de Lacan e as liberdades que ele tomou com relação a duração da sessão e o setting clássico desencadeou um debate dentro da psicanálise francesa, chamando atenção para a relação entre contratransferência e setting analítico (Duparc, 2001).

#### 1.4 CONSIDERAÇÕES

Percorremos, ao longo desse capítulo, produções diversas a respeito da contratransferência. Algumas destacando sua dimensão de instrumento clínico, outras igualando-a à conteúdos inconscientes do analista insuficientemente analisados. Curiosamente, todas as teorias descritas nomeiam-se Psicanálise, cada uma delas, no entanto, comporta um modo próprio de compreender o fenômeno contratransferencial. Em uma sentença Lobov (n.d.), resume a divergência teórica acerca da contratransferência na esfera psicanalítica: “Efeito do dispositivo analítico, sintoma do analista, lugar de defecção, guia, bússola,

---

<sup>2</sup> Livre tradução. No original: “Lacan’s stance was ultimately no more than a caricature of Freud’s recommendation to master the countertransference”

carga. Há também os que decidem cortar o nó górdio: a contratransferência não existe” (p. 131).

Orr (1954) salienta que desde o artigo de Heimann (1950), o manuseio técnico da contratransferência depende de qual dentre as diversas maneiras possíveis ela é entendida pelo analista.

Todas as teorias descritas ao longo desse capítulo e sintetizadas por Leitão (2003), Jacobs (1999), Urtubey (1994), Tyson (1986) e Orr (1954) partem dos fundamentos teóricos freudianos e cada uma delas chega a conclusões distintas sobre o fenômeno aqui analisado. Sobre as diferentes correntes psicanalíticas pós-freudianas, Mezan (2014, p.26) afirma: “Todas têm a pretensão de ser a única reta continuação das ideias do fundador, e esse simples fato basta para percebermos que nenhuma delas o é”.

Mezan (2014) defende que as escolas de Psicanálise pós-freudianas são psicanalíticas, apesar de diferirem em muitos aspectos das propostas de Freud, “sendo impossível derivar cada uma delas somente do implícito e do entrevisto, mas não elaborado pelo fundador da disciplina” (Mezan, 2014, p. 29). Com essa afirmação, Mezan (2014) não intenciona desvalorizar a obra e o ímpeto criador de Freud, mas objetiva pontuar que a história da psicanálise não se configura de maneira linear, apenas por continuação, mas também por rupturas, transformações e mesmo inovações. Talvez a contratransferência como instrumento clínico possa ser caracterizada como uma dessas transformações.

Tyson (1986) defende que “o conceito clínico de contratransferência pode muito bem ser uma das questões mais cruciais da psicanálise sobre o qual Freud dizia o mínimo”<sup>3</sup> (p. 251). Sobre esse aspecto, Jacobs (1999) defende que apesar de escassos, os comentários de Freud acerca da contratransferência fundamentaram duas correntes divergentes que caracterizaram o pensamento e as teorizações subsequentes sobre a contratransferência.

De um lado, os autores que levaram a recomendação freudiana ao extremo, compreendendo a contratransferência como um bloqueio ao progresso da análise, um problema que dizia respeito ao analista que deveria ser superado. Além das recomendações pontuais de Freud quanto à definição e manejo da contratransferência, tais autores se apoiam na ideia freudiana sobre a

---

<sup>3</sup> Livre tradução. No original: “The clinical concept of countertransference may well be one of the most crucial issues in psychoanalysis about which Freud said the least”.

imprescindibilidade da análise pessoal do analista e a impossibilidade de o analista avançar com seus pacientes para além de seus complexos e resistências, ou seja, as limitações que a própria neurose e pontos cegos impõem à capacidade do analista analisar outrem (Jacobs, 1999).

Outro grupo de autores, entretanto, retiraram dos ensinamentos de Freud outras consequências. Para tais autores, a contratransferência, além de inevitável, é um caminho para compreensão do inconsciente do paciente, desempenhando um papel fundamental no tratamento. As origens desse pensamento podem ser rastreadas, de acordo com Jacobs (1999), na passagem em que Freud reconhece a comunicação entre inconscientes que está envolvida em um processo de análise. O insight fundamental transmitido na metáfora do aparelho telefônico pode ser considerado a ideia central dessa corrente, na qual o analista deve sintonizar seu inconsciente ao do paciente como o receptor de telefone está sintonizado com o aparelho transmissor (Jacobs, 1999). O desdobramento dessa ideia levou a teoria de que a contratransferência contém o inconsciente do paciente e que a transmissão inconsciente na análise é uma via de mão dupla, ou seja, o inconsciente do analista e do analisando estão em contato contínuo e mensagens cifradas são constantemente transmitidas entre os dois envolvidos. Essa teorização se desdobra na máxima de que a análise inevitavelmente envolve a interação de dois psiquismos (Jacobs, 1999). Além desses pontos, trouxemos para nossa argumentação a etimologia da palavra *bewältigen*, traduzida para o português como *dominar/controlar*. Tal tradução trouxe uma outra consequência, muitos analistas acrescentam o sentido de “ignorar” a contratransferência como resultado direto da recomendação de subjugar. Assim, para dominar a contratransferência, que afinal, tomam como uma resistência do analista ao avanço da análise, ignoram-na, não tomando como parte importante do tratamento e das próprias manifestações psíquicas do paciente. Ignorar é o oposto do que Freud recomenda, que é, justamente, trazer à consciência

A dicotomia teórica acerca da contratransferência não se resume apenas em obstáculo *versus* instrumento clínico. Ao longo do estudo e síntese das diversas teorias sobre a contratransferência, outras divisões se evidenciaram.

Uma dessas dicotomias se refere ao diagnóstico do paciente. Mantendo a dualidade inicial entre instrumento clínico e obstáculo à análise, Winnicott

(2000/1949, 1983/1960) pontuou que o uso da contratransferência como instrumento clínico depende, essencialmente, do diagnóstico do paciente. Em caso de neurose, a contratransferência atua como resistência do analista que impede o avanço da análise. Já em casos de psicose, a contratransferência é o motor pelo qual a análise pode avançar, sendo imprescindível seu reconhecimento e elaboração por parte do analista. Little (1950), por seu turno, embora menos enfática que Winnicott sobre a relação entre resistência e contratransferência no tratamento da neurose; marca a diferença da exigência afetiva ao analista no trabalho com a neurose ou a psicose, afirmando que nesse último tal exigência é muito maior. Winnicott e Little abrem caminho para pensarmos a relação entre contratransferência e diagnóstico.

Outra divergência importante no modo de compreensão da contratransferência se situa no par de opostos, analista como ser humano *versus* função especular do analista. A discussão principal nesse ponto é a neutralidade do analista. De um lado as teorias que defendem a posição de neutralidade do analista, na qual a contratransferência é constante ameaça. E de outro lado autores como Ferenczi, Balints, Heimann, Little e Tower, que defendem a impossibilidade de uma neutralidade completa.

Apesar de inúmeras discordâncias nas teorias abordadas ao longo desse capítulo acerca da contratransferência, foi possível encontrar alguns conceitos-chaves, que parecem guiar a leitura dos diversos autores sobre o fenômeno em questão. Tais conceitos estão presentes, se não em todos, ao menos na grande maioria das teorias apresentadas, são eles: a transferência, a resistência, a neutralidade do analista e a análise pessoal do analista.

Desta forma, abrem-se dois caminhos para a presente pesquisa dissertativa. Podemos, por um lado, nos concentrar nas dicotomias existentes, investigando a posição adotada por Freud sobre as divergências levantadas (Contratransferência como instrumento clínico *versus* resistência do analista; neurose *versus* psicose, analista como ser humano *versus* analista na função especular), buscando, ao final do processo encontrar a legítima posição freudiana quanto a contratransferência. Esse caminho, no entanto, não responde ao objetivo de pesquisa aqui levantado, concordando com Mezan (2014), de que a história psicanalítica não se dá pela reta continuidade das ideias freudianas, mas também por rupturas e transformações. Assim, não nos interessa chegar a

uma suposta verdade freudiana, outrossim, buscar subsídios na obra de Freud que sustentem o que a prática clínica da presente autora tem indicado, ou seja, que o fenômeno da contratransferência, para além de resistência do analista, parece abarcar uma dimensão inconsciente do próprio paciente.

Para atingir tal objetivo, pareceu-nos mais profícuo, partir dos elementos em comum das mais diversas teorias, a fim de guiar uma releitura da obra freudiana, com o intuito de construir um percurso teórico próprio.

O próximo capítulo, dessa forma, será constituído do estudo pormenorizado na obra freudiana dos quatro grandes temas elencados como ponto em comum nas distintas teorias acerca do fenômeno contratransferencial analisadas no presente capítulo: transferência, resistência, neutralidade do analista e análise pessoal do analista.

## 2. A CONTRATRANSFERÊNCIA EM SUA DIMENSÃO TEÓRICA

A teoria psicanalítica é uma tentativa de tornar inteligíveis duas coisas notáveis e inesperadas que sucedem quando tentamos relacionar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. Toda corrente de investigação que reconheça esses dois fatos e os veja como ponto de partida de seu trabalho pode se denominar psicanálise, mesmo quando chegue a resultados diferentes dos meus (Freud, 2012/1914, p. 258).

Assim, a seleção dos eixos que compõe o presente capítulo não se dá de forma desconexa com a disciplina da qual derivam. Resistência e transferência são consideradas por Freud o ponto de partida de uma investigação psicanalítica. Ambos os conceitos foram pinçados como mais relevantes das diversas teorias contratransferenciais abordadas no capítulo um, assim como a noção de neutralidade do analista e análise do analista, estes últimos, por sua vez, estreitamente vinculados com os dois primeiros temas, consideramo-los produtos derivativos da articulação entre transferência e resistência.

Inicialmente, tornou-se pertinente trazer ao primeiro plano uma breve síntese das teorias contratransferenciais que já foram abordadas no capítulo anterior, oferecendo como recorte a ligação dessas teorias com os temas norteadores do presente capítulo, quais sejam: resistência, transferência, neutralidade do analista e análise pessoal do analista. Tal proposição, ganha como fundamento a tentativa de manter presente o tema principal da dissertação, ou seja, a contratransferência. Assim, esforçamo-nos por ofertar ao leitor mais que uma repetição do mesmo, mas a articulação que nos permitiu chegar aos temas aqui elencados como referência teórica ao estudo da contratransferência.

Posteriormente, compreendida a relação entre o tema norteador e a contratransferência nas teorias já abordadas no capítulo um, seguimos por um estudo teórico, baseados majoritariamente na teoria freudiana, acerca de cada um dos quatro elementos que compõem o capítulo dois.

O presente capítulo tem como objetivo examinar detidamente esses quatro elementos na teoria freudiana e suas relações com o conceito da contratransferência. Veremos ao decorrer do capítulo que os quatro temas estão



intrinsecamente ligados e podemos referir cada tema à sua ligação especial com a transferência, sendo dela derivados. A transferência é, pois, o conceito chave do capítulo, o norteador de nosso estudo, reconhecidamente ponto central da teoria e clínica psicanalítica.

Reconhecendo a importância da transferência, tanto para a clínica, de modo mais amplo, como para a argumentação do presente capítulo, faz-se relevante retomar uma pontuação de Hanns (1996) acerca da tradução do vocábulo *übertragung* em alemão, para o português *transferência* para discutir algumas implicações teóricas.

Encontra-se, no idioma alemão, segundo Hanns (1996), algumas conotações ausentes na tradução do termo *übertragung* para o português. A ênfase em alemão se encontra no processo de transferir e não na finalidade da ação. Enquanto em português o vocábulo “transferir” remete a ideia de envio a um destino, no qual “o ponto de origem tende a ser apagado ou superado” (Hanns, 1996, p. 415), no alemão há um sentido a mais, transferir em alemão significa também um arco de ligação que mantém ativa a passagem de ida e de volta, seja temporalmente, geograficamente ou de uma pessoa para outra. Em alemão subjaz a ideia de plasticidade e reversibilidade, de troca entre dois pontos, um processo de mão dupla, ideias estas ausentes na tradução do termo para o idioma português (Hanns, 1996).

Assim, Sato (2010), baseada nas definições apontadas por Hanns, defende a tese de que transferência e contratransferência fazem parte de uma dinâmica do espaço analítico e, portanto, questiona a divisão amplamente aceita na teoria psicanalítica de que a transferência parte do analisando e a ele pertence e contratransferência parte do analista sendo-lhe concernente. Se a transferência se refere a um arco que liga os dois pontos, no caso analítico paciente e analista, logo não há como sustentar a argumentação que pretende segregar transferência e contratransferência como processos indissociados, pois transferir já não pode mais ser considerado como um depósito, mas como uma troca.

A palavra “contratransferência”, levando consigo o substantivo *übertragung* e acrescida do prefixo “*gegen*”, já nos indica a natureza intrincada dos dois fenômenos: *transferência* e *contratransferência*. A tradução do prefixo alemão “*gegen*” para o português “contra”, também é limitada, haja visto que tal

prefixo comporta sentidos opostos. Segundo o dicionário Michaelis versão online, o termo “*gegen*” pode significar: 1- contra; 2- de encontro a; 3- em direção a; 4- em troca de; 5- por volta de, mais ou menos. Assim, levado ao pé da letra, podemos compreender contratransferência como um movimento ambíguo, que pode designar tanto uma ação oposta e contrária a transferência, como um movimento complementar à transferência.

Feitas essas considerações, apresentamos, na sequência dessa dissertação, o caminho que nos levou a elencar os temas centrais (resistência, transferência, neutralidade do analista e análise pessoal do analista) a partir do estudo histórico-conceitual realizado no capítulo um, e na sequência o estudo teórico pormenorizado dos quatro elementos em questão desde uma perspectiva freudiana.

## 2.1 RESISTÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Stern (1924, como citado por Jacobs, 1999) aponta que um dos modos de apresentação da contratransferência é como resistência do analista, uma vez que representa os conflitos infantis do profissional atualizados e endereçados a figura de seu analisando, ofuscando ou dificultando que as questões próprias do paciente emerjam, sendo elas obscurecidas pela contratransferência.

Winnicott (2000/1949), embora reconheça a utilidade clínica da contratransferência, também foi capaz de reconhecer a outra faceta do fenômeno, assim ele afirma que em se tratando de um diagnóstico de neurose, a contratransferência representa “Anormalidade dos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos no analista” (Winnicott, 2000/1949, p. 278), compatível, portanto, com o conceito de resistência.

Já autores como Reich (1951) e Lacan (1951, como citado por Duparc, 2001) parecem reconhecer apenas uma das facetas da contratransferência, admitindo somente seu lado de resistência ao avanço da análise, por compreendê-la como atualização da neurose do analista endereçada ao paciente, ou em outras palavras, a transferência do analista para o analisando.

A resistência aparece, então, vinculada à contratransferência na medida em que, ao transferir conteúdos inconscientes próprios para seu analisando, o

analista atualiza contratransferencialmente seus conflitos tendo como objeto o paciente, de tal forma que sua escuta clínica fica prejudicada e o avanço do trabalho analítico é interrompido.

### 2.1.1 RESISTÊNCIA

De acordo com Roudinesco e Plon, (2008) Freud começou a utilizar o vocábulo “resistência” desde as primeiras vezes que se defrontou com as dificuldades de aplicação da técnica da hipnose e da sugestão. No entanto, é justamente ao abandonar a técnica hipnótica, que Freud se depara com a resistência em seu sentido mais próprio.

Como substituição à técnica hipnótica, Freud introduz paulatinamente, na clínica, o princípio da associação livre, segundo o qual o paciente deveria abandonar toda a reflexão consciente e relatar ao analista todo e qualquer pensamento que lhe ocorresse (Freud, 2012/1924). A técnica de associação livre possibilitou o reconhecimento da resistência. Freud observa que, ao tentar trazer ao estado de consciência a lembrança do acontecimento traumático, esbarrava-se em uma “resistência constante e muito intensa” (Freud, 2012/1924, p. 230).

Inicialmente a resistência foi reconhecida como uma trava ao trabalho analítico, especialmente como desrespeito à regra fundamental de associação livre. Em um segundo momento, Freud passou a considerar a resistência um dado clínico, manifestação do recalco, fazendo parte do processo de recalco (Roudinesco & Plon, 2008).

Freud (1914/2010) pontua que a técnica psicanalítica consiste em observar a superfície psíquica apresentada pelo paciente, lançando mão da interpretação a fim de reconhecer as resistências e torná-las conscientes para o analisando. O objetivo duplo desse trabalho, em termos descritivos, consiste em preencher lacunas da memória e, em termos dinâmicos, dominar as resistências. A passagem do método catártico para o método psicanalítico não pôs fim à resistência, mas esta pode mudar de estatuto, tornando-se passível de superação por meio da interpretação psicanalítica (Roudinesco & Plon, 2008).

Se inicialmente a proposta clínica era recordar o esquecido, no decorrer de sua prática clínica, Freud (2010/1913) foi percebendo que preencher as

lacunas da memória não produz resultados por si só. Tornar o inconsciente consciente não é uma tarefa didática, sendo necessário um trabalho de elaboração por parte do paciente. Quando um saber sobre o inconsciente é revelado (sem a participação do paciente) este saber não é imediatamente integrado aos nexos conscientes, há que se considerar as resistências que são a causa do não saber e continuarão atuando mesmo após a revelação da lembrança.

A superação das resistências, de acordo com Freud (2010/1914), se inicia quando o analista as revela e as expõe ao paciente, mas este não é todo o trabalho, é imprescindível que o paciente as elabore, sendo necessário um dispêndio de tempo nesta tarefa, o qual não pode ser predito de antemão.

Quando tentamos fazer isso em outra pessoa, não devemos esquecer que o preenchimento consciente de suas lacunas de percepção – a construção que lhe oferecemos – ainda não significa que lhe tornamos consciente o conteúdo inconsciente em questão. Sucede que esse conteúdo está nela presente em duplo registro: na reconstrução consciente por ela escutada e também em seu estado inconsciente original. Nosso esforço contínuo obtém, na maioria das vezes, que esse inconsciente se torne consciente para ela mesma, de modo que os dois registros coincidem (Freud, 2018/1940, p. 210).

Freud (2010/1914) ensina que a elaboração das resistências é um trabalho que exige paciência do analista, mas é, ao mesmo tempo, aquele cujo poder transformador sobre o paciente é maior. Comparando teoricamente a elaboração das resistências com a função de ab-reação para o tratamento hipnótico, sem a qual, a resolução dos sintomas permanecia ineficiente, Freud vislumbra a imprescindibilidade de tal elaboração.

A psicanálise, portanto, começou a considerar o desvelamento das resistências como a parte mais importante do trabalho analítico, sendo que a transferência desempenha um papel fundamental. O que a resistência faz é permitir que a lembrança da vivência recalcada emergja, sem que o nexo que a liga às manifestações patológicas seja evidente. É a busca desse nexo perdido que se justifica o trabalho analítico.

A resistência passa a ter uma importância capital na análise, pois ela indica justamente o que é o mais importante em termos investigativo, aquilo

sobre o qual o sujeito não quer recordar-se. Quando a resistência surge na análise, Freud vê aí material a ser investigado.

O trabalho clínico passa, paulatinamente, do trabalho de revelação do inconsciente para o trabalho de elaboração das resistências (Robert, 2015).

De acordo com Roudinesco e Plon (2008) na segunda tópica houve uma nova alteração da compreensão do papel da resistência. Freud identificou cinco tipos de resistências, três delas pertenciam ao Eu, uma ao Id e outra ao Supereu. A resistência do Id se revelava por meio da compulsão à repetição e podia ser superada quando o paciente elaborava a questão que lhe deu origem. Já a resistência superegóica se manifestava por meio da culpa inconsciente e necessidade de autopunição. A reformulação da segunda tópica, portanto, amplia a questão das resistências, não a reduzindo a um mecanismo de defesa do Eu.

Freud (2018/1940) em sua reformulação tópica distingue três instâncias psíquicas distintas: Id, Eu e Supereu. O Id é a mais antiga delas e abriga tudo o que é herdado com o nascimento ou ainda constitucionalmente determinado. Parte do Id ao entrar em contato com o mundo externo e real teve um desenvolvimento especial, que passou a mediar o Id e o mundo externo, a qual recebeu o nome de Eu. O Eu guarda íntima relação com o sistema perceptivo sensorial e aquele ligado à motricidade, tendo ao seu dispor os movimentos voluntários, sua atividade se relaciona à autopreservação. Diante das reivindicações do Id, o Eu deve adquirir controle sobre as pulsões, deliberando se devem obter, adiar ou suprimir a satisfação requerida por elas. De acordo com Freud (2018/1940) o Eu busca o prazer e evita o desprazer. A partir do Eu, que durante a infância humana vive uma intensa dependência dos pais, forma-se outra instância, a qual dá continuidade à influência parental: o Supereu. Na medida em que o Supereu se diferencia ou se opõe ao Eu constitui um terceiro poder. O Eu tem a incumbência de conciliar reivindicações distintas advinda do Id, do Supereu e da realidade externa.

As fronteiras entre o Eu e o Id são garantidas por resistências, e em um estado ideal o Eu não se distingue do Supereu, porque os dois trabalham em harmonia (Freud, 2018/1940).

Freud (2018/1940) atribui três características aos processos psíquicos, podendo ser conscientes, pré-conscientes e inconscientes. O conteúdo psíquico

consciente é um estado fugidio, isto é, só é consciente por um momento presente. O pré-consciente pode ser também chamado de capaz de consciência, pois tais processos tornam-se facilmente conscientes, podem ser reproduzidos ou lembrados sem esforço. Já os processos inconscientes são aqueles que não são facilmente tornados conscientes, é necessário um esforço especial “e nisso podemos ter a sensação de frequentemente superar fortes resistências” (Freud, 2018/1940, p. 210).

Em estados psicóticos, pode acontecer de um conteúdo inconsciente tornar-se pré-consciente e posteriormente consciente sem que sejam necessários grandes esforços, disto, conclui Freud (1940 [1938]/2018), que a manutenção de certas resistências internas é condição para a normalidade. No estado do sono, igualmente há um relaxamento das resistências, e o conteúdo onírico aparece como resultado.

Assim, podemos verificar que há uma ampliação da significação da resistência na segunda tópica freudiana. Talvez seja possível afirmar que a resistência tenha sido elevada ao estatuto de estruturante da neurose. O Eu por ser uma construção posterior, advindo de um lento processo de desenvolvimento, ao receber certos conteúdos provindos do Id, fez retornar novamente ao estado inconsciente alguns conteúdos os quais ainda não tinha maturidade para lidar, ao ser direcionado novamente para o Id, serem rechaçados, tais conteúdos deixaram alguns traços. “A essa última porção do Id chamamos, considerando sua gênese, o reprimido<sup>4</sup>” (Freud, 2018/1940, p. 214).

## 2.2 TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

A relação entre transferência e contratransferência é íntima desde sua primeira aparição na obra freudiana. Foi a partir do envolvimento amoroso de seu discípulo favorito, Jung, com uma paciente que Freud pode iniciar a circunscrição do fenômeno contratransferencial. Em Freud (2010/1915) vamos

---

<sup>4</sup> Optamos pela fidelidade textual ao manter a grafia original da obra consultada. Assim, manteremos a preferência do tradutor por “reprimido” quando utilizarmos o recurso das citações diretas, no entanto, utilizaremos ao longo do texto dissertativo a tradução “recalcado/recalque”

encontrar a contratransferência interligada ao amor de transferência, justificando inclusive seu surgimento, uma contratransferência amorosa é uma resposta possível à uma transferência amorosa. Stern (1924, como citado por Jacobs, 1999), analista contemporâneo a Freud, também compreendeu que a contratransferência pode indicar uma resposta do analista à transferência do paciente.

Para Ferenczi (como citado em Zambelli et al., 2013) a transferência engloba elementos que não podem ser contemplados na função da linguagem, mas que são importantes tanto quanto o material que o paciente é capaz de colocar em palavras. Nesse sentido, a compreensão desses elementos não verbais é atingida, segundo a concepção de Ferenczi, via afetos contratransferenciais. Assim, o autor defende que o afeto contratransferencial é compatível com o a atuação transferencial, sendo a contratransferência o meio privilegiado de acesso aquilo que escapa à simbolização via linguagem.

De forma semelhante, Tower (1955) reconhece que o processo analítico implica trocas libidinais entre a dupla analisando e analista, a autora, relaciona, portanto, transferência e contratransferência, compreendendo que inconsciente do paciente e do analista se encontram em interação contínua.

Já Little (1950), Reich (1949), Lacan (1951) compreendem por contratransferência todos os elementos recalcados, não analisados que se associam ao paciente, é a transferência do analista sobre o analisando

Seja como resposta inconsciente à transferência do paciente, seja como a própria transferência dos conteúdos recalcados do analista para o paciente, refletindo dificuldades neuróticas daquele, a relação entre transferência e contratransferência é inegável e, por si só, já justifica um aprofundamento teórico do fenômeno transferencial.

### 2.2.1 TRANSFERÊNCIA E RESISTÊNCIA

Freud (2010/1915) admite que a maior dificuldade da técnica psicanalítica reside no manejo da transferência. “O psicanalista sabe que trabalha com as energias mais explosivas e que necessita da cautela e escrupulosidade de um químico” (Freud, 2010/1915, p. 227). Na transferência o analista é convocado



afetivamente, o paciente coloca o analista no lugar de um de seus objetos pregressos e passa a tratá-lo do mesmo modo, desconsiderando a realidade.

Encontramos dois momentos na obra freudiana em que considerações foram tecidas acerca da temática transferencial. No início da obra, quando a transferência é desvelada e descrita por Freud como uma resistência ao tratamento. E em um segundo momento, quando a transferência é tomada paradoxalmente como resistência e veículo de cura.

Dentre as formas de resistência ao avanço da análise, Freud (1996/1895) reconhece o mecanismo da transferência ou “falsa-ligação”.

De acordo com Zambelli et al (2013) o conceito de transferência é apresentado pela primeira vez na obra Freudiana no capítulo IV dos “Estudos sobre a histeria” publicado em 1895. Segundo os autores supracitados, a transferência foi compreendida, nesta etapa inicial de elaboração teórica, como uma das formas possíveis de resistência ao avanço da análise. Salienta-se que em dado momento teórico Freud ainda estava vinculado a Breuer e nominava o método terapêutico conjunto de Catártico, cujo objetivo era trazer à consciência as lembranças traumáticas que haviam sido banidas da consciência e, neste processo de recordar, era fundamental ab-reagir o afeto que no momento do acontecimento traumático ficara sem expressão.

Assim, Freud, em 1895, ao analisar as dificuldades da técnica da pressão na testa como instrumento do método catártico, declara:

Mas existe uma terceira possibilidade que da mesma forma testemunha a presença de obstáculo, porém de um obstáculo externo e não inerente ao material. Isso acontece quando a relação entre o paciente e o médico é perturbada e constitui o pior obstáculo com que podemos deparar. No entanto, podemos esperar encontra-lo em qualquer análise relativamente séria (Freud, 1996/1895, p. 324).

Interessante notar que, embora considere a perturbação na relação entre médico e paciente o pior obstáculo ao avanço das lembranças e associações do paciente, Freud já evidencia a regularidade com que tal fenômeno se manifesta nos atendimentos clínicos, traço fundamental para as posteriores elaborações sobre o tema da transferência.

Outro aspecto importante a salientar, o qual, talvez, revele o maior contraste entre essa primeira elaboração teórica sobre a transferência e as



posteriores reelaborações, é que Freud (1996/1895) a considera um “obstáculo externo e não inerente ao material”. Freud ainda não compreendia plenamente que o elemento perturbador que aparecia endereçado ao analista era uma produção da própria neurose, uma reedição sintomática dos clichês amorosos, definição esta que ele irá defender em 1912.

Na sequência do artigo inaugural sobre a transferência, Freud (1996/1895) segue exemplificando sob quais trajes se mostram essas perturbações na relação entre médico e paciente, citando três situações. A primeira delas, a qual considera menos grave, quando surge uma desconfiança do paciente em relação ao médico, sugerindo que o médico lance mão do recurso da explicação, esclarecendo o mal-entendido com o paciente. O segundo padrão de resistência na relação terapêutica destacado por Freud (1996/1895), diz respeito ao receio do paciente tornar-se dependente do médico, devendo este padrão ser atribuído a natureza do tratamento, uma vez que envolve o interesse do médico nas questões dos pacientes. E por fim, Freud (1996/1895) traz como paradigma a transferência em seu sentido mais próprio:

Quando a paciente se assusta ao verificar que está transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência frequente e, a rigor, usual em algumas análises. A *transferência* para o médico se dá por meio de uma falsa ligação (Freud, 1996/1895, p. 325).

Strachey (como citado em Freud, 1996/1895) nos esclarece, em nota de rodapé, que esta é a primeira vez que o termo transferência aparece na obra de Freud já em seu sentido psicanalítico, mesmo que de forma mais restrita que a posteriormente adquirida na teoria freudiana.

Aqui, novamente, Freud (1996/1895) destaca a natureza regular das manifestações transferenciais na prática clínica, mas dá um passo além, ele continua essa seção citando o exemplo clínico de uma paciente que desejou ser beijada por ele após o fim de uma sessão, explicitando o quanto tal desejo atuou como resistência em um primeiro momento, pois segundo Freud (1996/1895, p. 325) a paciente “ficou inteiramente inutilizada para o trabalho” durante aquela sessão. No entanto, posteriormente, o desejo de ser beijada pelo analista se mostrou uma repetição em ato de uma memória esquecida: anos antes, a

paciente almejava ser beijada por um homem com quem ela travara uma conversa. Deste modo, com este exemplo clínico, Freud (1996/1895) evidencia o mecanismo da transferência na clínica, no qual um desejo pertencente a um ponto no passado se manifesta atualizado e endereçado à figura do analista. Ao mesmo tempo que inicialmente a transferência se manifestou como uma resistência ao avanço das associações e do progresso do tratamento, posteriormente a transferência se mostrou como um representante em ato do fora esquecido pela paciente.

Podemos depreender que, apesar de igualar a transferência ao pior obstáculo de uma análise e considerá-la parcialmente “um obstáculo externo e não inerente ao material” (Freud, 1996/1895, p. 324), nesta primeira elaboração teórica, Freud trouxe elementos que serão utilizados posteriormente nas elaborações subsequentes sobre o tema, especialmente no que concerne ao sentido paradoxal da transferência, como resistência, mas ao mesmo tempo como dispositivo clínico fundamental para trazer à baila aquilo de mais importante da vida afetiva do paciente que fora esquecido (recalcado).

### 2.2.2 SENTIDO PARADOXAL DA TRANSFERÊNCIA

Dentre os seis artigos sobre a técnica que foram publicados, encontramos dois que abordam diretamente a temática da transferência. O primeiro datado de 1912, *A dinâmica da transferência* e o último *Observações sobre o amor de transferência* de 1915.

O objetivo duplo do artigo *A dinâmica da transferência*, Freud (2010a/1912) expõe nas primeiras linhas, trata-se em primeiro lugar, de compreender como a transferência surge inevitavelmente em uma terapia de cunho psicanalítico e também compreender o mecanismo pelo qual ela atua. Interessante notar o advérbio ‘*necessariamente*’ usado por Freud já no parágrafo de abertura do artigo: “entender como surge *necessariamente* a transferência numa terapia analítica” (Freud, 2010a/1912. 134). Nesse ponto há uma indicação importante da natureza da transferência, trata-se de um fenômeno inevitável que sempre irá ocorrer em uma análise.

Tal característica, a inevitabilidade, já havia sido pontuada desde as primeiras construções acerca da temática transferencial. A partir dessa característica abrem-se dois possíveis pensamentos: ou a técnica psicanalítica cria a transferência ou a transferência é uma característica geral do psiquismo humano.

Anos antes, ainda em 1905, já encontramos a resposta a esse questionamento, Freud (2018/1905) afirma que a psicanálise não criou a transferência, apenas a desvelou. Ou seja, Freud reconhece a transferência como um mecanismo inerente ao funcionamento psíquico humano e não um conceito forjado ou um elemento particular exclusivo à psicanálise.

Freud (2010a/1912) esclarece que muitos atribuem à psicanálise uma desvantagem metodológica, uma vez que conferem à terapia psicanalítica à responsabilidade por intensificar os efeitos da transferência. Freud (2010a/1912), no entanto, defende que as características da transferência não encontram explicação na aplicação do método psicanalítico, senão, na própria dinâmica da neurose.

Para explicar o mecanismo da transferência, Freud (2010a/1912) discorre sobre como se formam as ligações objetais, ou seja, de que forma o ser humano vai tecendo um modo característico de se comportar frente a escolha de um objeto de amor. Freud (2010a/1912) ressalta ainda, que há uma cisão entre a pulsão, na qual uma parte permanece consciente e a disposição da realidade externa; e por outro lado, há uma porção pulsional que não acessa tal realidade, ficando a serviço da fantasia ou, ainda, permanecendo totalmente inconsciente para o sujeito. Assim, o sujeito não tendo suas necessidades afetivas completamente satisfeitas pela realidade, dirige-se para uma nova ligação afetiva trazendo como carga a expectativa libidinal não satisfeita. É natural, portanto, que essa carga libidinal parcialmente insatisfeita se volte à figura do analista em busca de satisfação, usando como modelo de relação aqueles estabelecidos na primeira infância.

Um ano antes, no artigo *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico*, Freud (2010/1911) traz elementos que justificam o motivo pelo qual uma parte da libido não alcança o desenvolvimento pleno, permanecendo com características infantis.

Freud (2010/1911) afirma que o sistema psíquico em seus primórdios é regido pelo princípio do prazer-desprazer: surge uma necessidade interna, sentida como desprazerosa, o bebê, com base em suas experiências pregressas na relação com a mãe, alucina a satisfação de tal necessidade; a mãe, por sua vez, oferece ao bebê, na dimensão da realidade, aquilo que foi alucinado como satisfação pelo bebê. No entanto, a satisfação alucinada e a satisfação real oferecida pelo ambiente, não coincidem, desse desencontro vai despontando o princípio de realidade.

A introdução do princípio da realidade no aparelho psíquico, de acordo com Freud (2010/1911), trouxe, como consequência, a dissociação de uma atividade do pensamento que se reporta somente ao princípio do prazer, não se subordinando ao teste da realidade: a fantasia. A fantasia, por ser regida pelo princípio do prazer, inibe ideias antes que elas possam ser percebidas pela consciência quando tais ideias possam causar desprazer (Freud, 2010/1911). “Esse é o ponto fraco de nossa organização psíquica, que pode ser utilizado para fazer voltar ao domínio do princípio do prazer processos e pensamentos que já se haviam tornado racionais” (Freud, 2010/1911, p. 116). A fantasia, por suas características, encontra solo fértil na sua relação com a pulsão sexual.

Freud (2010/1911) nos recorda de duas características essenciais da libido: inicialmente tal pulsão se comporta autoeroticamente, ou seja, despreza a realidade externa e assim, encontra satisfação no próprio corpo, não conhecendo a frustração que levou ao estabelecimento do princípio de realidade. Mais tarde, quando se inicia o processo de busca por objeto, o desenvolvimento da pulsão sexual é freado por um longo período de latência e só voltará a fazer exigências na puberdade, quando a questão sexual, deixada de lado nos primeiros anos da infância, é retomada com toda sua intensidade.

Esses dois fatores – autoerotismo e período de latência – têm por consequência que o instinto<sup>5</sup> sexual é detido em seu desenvolvimento psíquico e permanece muito mais tempo sob o domínio do princípio do prazer, ao qual em

---

<sup>5</sup> Optamos pela fidelidade textual ao manter a grafia original da obra consultada. Assim, manteremos a preferência do tradutor por “instinto” quando utilizarmos o recurso das citações diretas, no entanto, utilizaremos ao longo do texto dissertativo a tradução “pulsão” por compreendermos que esta última se afasta da conotação biológica que carrega a primeira.

muitas pessoas não consegue jamais se subtrair (Freud, 2010/1911, p. 115).

O prolongado período que a criança permanece obtendo satisfação autoeroticamente dificulta que ela abdique desta satisfação imediata e que desconsidere a realidade em prol de uma satisfação real, que exige esforço e adiamento, justificando assim a permanência do infantilismo na sexualidade humana.

Em uma nota de rodapé do referido texto, Freud (2010/1911) afirma: “o domínio do princípio do prazer só pode realmente acabar quando há o completo desligamento psíquico dos pais” (p. 112). Podemos concluir, portanto, com base na experiência clínica, que tal princípio jamais é subjugado, sabemos, que o neurótico se vê preso, justamente, a essa parte do seu psiquismo que não se desenvolveu plenamente.

São nessas fantasias, em sua maior parte inconscientes, o material que o paciente vai utilizar para buscar satisfação na nova relação que se estabelece com o analista. Freud (2010a/1912), ao explicar a natureza da transferência realizada do paciente para o médico, utiliza o verbo “exceder”, afirmando que essa espécie de transferência “*excede* em gênero e medida o que se justificaria em termos sensatos e racionais” (Freud, 2010a/1912, p. 136, grifos nossos), e explica tal fato, justamente, pela cisão pulsional, ou seja, que parte da libido que produziu a ligação transferencial encontra-se inconsciente.

De acordo com Freud (2010a/1912), uma pré-condição ao adoecimento neurótico é a introversão da libido, isso significa que aquela porção da libido voltada para a realidade é diminuída, ao mesmo tempo em que se aumenta a outra parte, a qual não tem compromisso com a realidade externa, capaz de alimentar as fantasias. “A libido (em todo ou em parte) tomou a via da regressão e reanimou as imagos infantis” (Freud, 2010a/1912, p. 138). O trabalho da terapia psicanalítica é, então, encontrar e tornar consciente essa porção da libido que permaneceu infantil. No entanto, ao propor essa solução, nos deparamos com uma forte resistência ao avanço do trabalho analítico, que se origina das forças que causaram a regressão da libido. Lembra-nos Freud (2010a/1912) que a regressão da libido não acontece arbitrariamente, mas tem um motivo que se relaciona com a frustração à satisfação pela realidade externa, a libido não

encontrando meios de se satisfazer com aquilo que encontra ao seu alcance na realidade objetiva, retorna, pela via regressiva, para a satisfação na fantasia.

Freud (2010a/1912), então, se dedica a explicar como a transferência surge como resistência na análise. “A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõe” (Freud, 2010a/1912, p.139).

De modo descritivo Freud (2010a/1912) detalha uma cena de resistência comum em análise: as associações do paciente cessam. Quando a resistência se levanta com tamanha tenacidade (a ponto de interromper as associações, por exemplo), podemos inferir que nos aproximamos do núcleo de um complexo e tratando-se de um compromisso entre duas forças opostas, uma que visa a cura e outra que defende a doença, é necessária uma medida que concilie as duas correntes opostas. Eis que surge a transferência, veículo de cura, por um lado e resistência, por outro.

Conforme avança uma análise, a transferência se torna o instrumento mais utilizado para defender a neurose, uma vez que o paciente vai se tornando mais capaz de compreender que distorções do material patogênico não o ocultam (Freud, 2010a/1912). “Essas circunstâncias tendem para uma situação em que afinal todos os conflitos têm que ser decididos no âmbito da transferência” (Freud, 2010a/1912, p. 141).

A confissão de desejos proibidos se torna ainda mais difícil quando deve ser feita à própria pessoa a qual tal desejo está endereçado, assim, fica fácil inferir o quanto a transferência se presta à resistência, de tal forma que fazer coincidir o analista com o objeto de sua pulsão é a expressão mais pura da resistência (Freud, 2010a/1912).

Freud (2010a/1912) explicita que para compreender de que forma a resistência se utiliza da transferência, torna-se necessário atribuir uma qualidade à transferência, podendo ser ela positiva ou negativa.

A transferência positiva, esclarece Freud (2010a/1912), é aquela composta por sentimentos ternos e amigáveis capazes de consciência, bem como de seus prolongamentos no inconsciente, estes por sua vez, remontam a fontes eróticas. Inicialmente o modo de relação do ser humano com seus objetos é por meio de metas sexuais diretas, “originalmente só conhecemos objetos

sexuais” (ibidem, p.142), somente mais tarde, com o desenvolvimento psíquico, as relações que antes se ancoravam em metas sexuais diretas, passam a exibir um caráter aparentemente dessexualizado. As relações ternas e de amizade, que à primeira vista não guardam conexão com as de meta sexual direta, partem, na verdade da mesma fonte, a parte sexual da libido não deixa de existir, apenas se torna inconsciente pela barreira do recalque.

Assim, Freud (2010a/1912) nos traz elementos para compreender que a transferência negativa não se trata somente daquela que o paciente abriga afetos visivelmente hostis em relação ao analista, mas também é negativa a transferência prioritariamente pautada em impulsos eróticos recalcados, aquilo que se manifesta transferencialmente como resistência à cura, pode ser considerada sob a designação de transferência negativa.

A transferência positiva e negativa subsiste no mesmo tratamento, a positiva trata-se do veículo para a cura, o modo de ligação que permite que o paciente se torne acessível à influência do analista, já a negativa alia-se à resistência, se apresentando como um ponto de fixação na doença. É dever da terapia psicanalítica desfazer a transferência negativa, desligando a figura do analista da corrente inconsciente hostil ou erótica, trazendo para consciência aquilo que outrora foi recalcado e retorna sob forma sintomática de transferência negativa em um tratamento analítico (Freud 2010a/2012).

Uma das formas de transferência negativa pode ser encontrada, como já citado, na transferência erótica. Tão importante e recorrente na clínica, Freud (2010/1915) dedicou um artigo exclusivo para tratar do fenômeno, incluído nos artigos sobre a técnica, Freud descreveu o fenômeno com riqueza de detalhes, dando orientações técnicas acerca do complexo manejo da situação transferencial em *Observações sobre o amor de transferência*.

De acordo com Freud (2010/1915) o amor de transferência é uma manifestação da resistência, pois “tudo o que atrapalha a continuação da terapia pode ser uma manifestação de resistência” (Freud, 2010/1915, pp. 214-215). Freud (2010/1915) destaca que até a paixão aparecer explicitamente no tratamento, se sobressaía uma atitude solícita do paciente, que demonstrava compreensão intelectual às explicações do analista, atitude terna, enfim, todas as características de uma transferência afetiva. Eis que em um momento decisivo do tratamento, quando espera-se que o paciente toque em temas



particularmente dolorosos ou recorde uma representação fortemente recalçada, surge a situação do enamoramento pelo profissional que lhe dedica uma escuta psicanalítica. De acordo com Freud (2010/1915), a paciente já se encontrava apaixonada pelo analista, mas somente em um momento decisivo como os descritos acima é que a resistência se aproveita, com o intuito de paralisar os avanços do tratamento, desviando o foco do atendimento e colocando o analista em uma posição embaraçosa. A resistência é também a responsável por aumentar o nível de paixão pelo analista bem como o desejo de entregar-se sexualmente a essa paixão. A resistência não cria o amor transferencial, mas serve-se da pré-existência dele, exagerando suas manifestações, para conseguir atrasar o avanço do trabalho analítico e manter atuante as defesas sintomáticas (Freud, 2010/1915).

Uma possibilidade aventada e declinada por Freud (2010/1915) para solucionar tal conflito de interesse entre desejo da paciente e ética do psicanalista seria corresponder ao afeto terno da paciente, ao mesmo tempo que se esquia da realização física do impulso erótico, objetando que,

A experiência de resvalar para sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente inócua. Não nos controlamos tão bem a ponto de alguma vez, subitamente, não irmos mais longe que o pretendido. Acho, portanto, que não devemos renegar a neutralidade que conquistamos ao subjugar a contratransferência (Freud, 2010/1915, p. 218).

Como saída para esta situação corriqueira e constrangedora, Freud (2010/1915) defende que o analista recuse à satisfação dos anseios eróticos da paciente, mas que os permita continuarem a existir como forças que auxiliarão no avanço do trabalho analítico. Neste sentido, Freud se expressa da seguinte maneira:

Exortar a paciente a reprimir, renunciar ou sublimar os instintos, quando ela admite sua transferência amorosa, não seria agir de maneira analítica, e sim de maneira absurda. Seria o mesmo que conjurar um espírito a sair do mundo subterrâneo e depois manda-lo de volta sem lhe fazer perguntas. Teríamos apenas chamado o reprimido à consciência, para depois novamente reprimi-lo amedrontados (Freud, 2010/1915, p. 217).



Assim, a tarefa do analista diante do amor transferencial é dupla: não recusar e não corresponder, permitir que o afeto exista como força propulsora do avanço analítico. Freud (2010/1915) explica que, a neurose utilizará de todos os meios que lhe são possíveis para continuar a produzir seus efeitos sobre o paciente, transformando em ato aquilo que deveria ser recordado como material psíquico. Ao ceder a proposta amorosa da paciente, o que o analista faz é ceder à neurose, tal qual a anedota do ateu vendedor de seguros e do religioso. Freud (2010/1915) narra o caso de um vendedor de seguros ateu que estava à beira da morte e por solicitação de seus familiares recebe um religioso a fim de convertê-lo antes que ele morra, no fim da conversa entre os dois homens, o ateu não se converte, mas o religioso adquire um seguro.

Assim, argumenta Freud, que o tratamento psicanalítico deve ser conduzido na abstinência. A explicação para essa regra técnica é que, se acaso a proposta de amor da paciente se concretize no plano da realidade factual, a neurose terá triunfado sobre a proposta de tratamento. “A relação amorosa destrói a suscetibilidade à influência pelo tratamento analítico; uma combinação das duas coisas é algo impensável” (Freud, 2010/1915, p. 220).

Uma peculiaridade do amor transferencial é que ele é provocado pela situação analítica, “ele [o médico] evocou essa paixão, ao introduzir o tratamento analítico para curar a neurose; ela é, para ele, a inevitável consequência de uma situação médica” (Freud, 2010/1915, p. 224), assim, Freud (2010/1915) defende a tese de que, independente das inclinações afetivas do paciente, é responsabilidade do analista manter-se no seu papel profissional, não admitindo que o analista tire qualquer vantagem pessoal da situação transferencial.

Assim, o caminho para a situação transferencial amorosa é mantê-la no horizonte, sem, no entanto, correspondê-la, tratando-a como algo irreal, pertencente a um passado ignorado pela consciência, representando o que há de mais desconhecido na vida amorosa do paciente, reproduzida em ato durante o tratamento. O trabalho da análise será, portanto, reconduzir os impulsos eróticos a sua origem inconsciente, trazendo-os à consciência. A expressão desse afeto erótico por parte da paciente não é um sentimento autêntico e justificado no plano da realidade a partir de sua relação com o analista, tal sentimento é, pois, uma repetição de situações anteriores, infantis. A análise

detalhada da transferência amorosa erótica é sempre capaz de associá-la a um ponto do passado, a alguma das relações primordiais entre o paciente e seus primeiros objetos de amor (Freud, 2010/1915).

Comparando a transferência com o sonho, Freud (2010a/1912) afirma que o paciente deseja atuar suas paixões, desconsiderando a realidade; e o analista, por sua vez, pretende integrar esses impulsos afetivos recalcados no contexto histórico do paciente e de seu tratamento, submetendo-os ao exame da racionalidade. A batalha entre analista e paciente; intelecto e vida pulsional; investigar e atuar transcorre dentro do fenômeno transferencial e, de acordo com Freud (2010a/1912), é a verdadeira batalha a ser vencida no tratamento analítico, culminando na “permanente cura da neurose” (p. 146).

É dever do analista conduzir o paciente a superar o princípio do prazer, renunciando a uma satisfação imediata de seus desejos pulsionais, por outra satisfação futura e incerta, na qual o sujeito se encontrará mais livre de suas determinações inconscientes para fazer uma escolha amorosa (Freud, 2010/1915).

É inegável que o controle dos fenômenos de transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie* (Freud, 1912/2010, p. 146).

Freud (2010/1915) evidencia que o amor de transferência em nada se diferencia de uma paixão fora do âmbito psicanalítico, esclarecendo que o caráter “anormal” de tal amor de transferência pode ser constatado no fenômeno da paixão na vida cotidiana, esclarecendo que em ambas as situações, há uma desconsideração pela realidade, insensatez, despreocupação com as consequências e uma avaliação pouco isenta do objeto dos impulsos amorosos.

A transferência é vista pela psicanálise como o motor para a cura e paradoxalmente como forma de resistência ao avanço do trabalho analítico. O que procuramos explicitar nesse subitem do capítulo, foi justamente este estatuto paradoxal da transferência, que nos será valioso para melhor compreensão do tema da contratransferência, a qual foi tratada como resistência

do analista por muitos autores e por outros como ferramenta de acesso ao inconsciente do paciente, poucos foram os autores que, como Winnicott (1949;1960), perceberam o paradoxo que envolve o fenômeno contratransferencial que, além de representar resistências do analista, pode também, ao mesmo tempo, ser um valioso método de investigação clínica do inconsciente do paciente.

### 2.2.3 NEUROSE DE TRANSFERÊNCIA

Ao mesmo tempo que reconhece a transferência como um dispositivo fundamental da clínica, Freud (2018/1905) compreende que a transferência não é um mecanismo restrito à clínica. Recorda-nos Freud (2010/1914) que o mecanismo transferencial atua em todos os relacionamentos e escolhas objetivos. Na análise, no entanto, a transferência vem com a bagagem de se tornar resistência ao avanço do processo de recordar, que, por sua vez, é substituído pelo processo de atuar, ou “repetir”.

O analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz (...). Enquanto ele permanecer em tratamento, não se livrará desta compulsão de repetição; por fim compreendemos que este é seu modo de recordar (Freud, 1914/2010, pp. 200-201).

Neste contexto, a transferência é, pois, parte dessa repetição e a “repetição é transferência do passado esquecido” (Freud, 2010/1914, p. 201). Afinal, o que repete o paciente? Freud (2010/1914) responde essa questão afirmando que o paciente repete aquilo que foi recalçado, mas que já se revelou de uma forma ou de outra na vida manifesta do paciente, seja em forma de sintomas, traços de caráter, inibições ou atitudes inviáveis. Assim o paciente ao iniciar um processo analítico, atualiza sua neurose, criando uma neurose artificial, a qual Freud nomeou de neurose de transferência. “E, enquanto o doente a vivencia como algo real e atual, devemos exercer sobre ela o nosso

trabalho terapêutico, que em boa parte consiste na recondução ao passado” (Freud, 2010/1914, p. 202).

Diferente da solução dada à transferência na vida cotidiana, a proposta clínica psicanalítica é isolar o fenômeno da transferência e atacá-lo como uma nova produção da neurose (Freud, 2010/1914)

Freud (2010/1914) descreve o tratamento analítico como uma luta entre analista e paciente: o primeiro quer manter na esfera psíquica os impulsos que o segundo gostaria de atuar na esfera motora. De acordo com Freud (2010/1914), o manejo da transferência é o único meio de dominar a compulsão à repetição: no âmbito transferencial é permitido que a repetição se desenvolva em um ambiente controlado. “Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra” (Freud, 2010/1914, p. 206). A neurose de transferência, uma neurose artificial, criada devido às condições especiais em que se desenrola um tratamento analítico, apresenta todas as características da neurose mesma e é acessível a intervenção do analista. A partir das repetições em transferência, após a superação das resistências, abre-se o caminho para as recordações (Freud, 2010/1914).

Em 1905, no posfácio do caso Dora, Freud (2018/1905) define a transferência como uma nova formação sintomática da neurose endereçada à figura do analista. Assim ele descreve:

Que são transferências? São novas edições, reproduções dos impulsos e fantasias que são despertados e tornados conscientes à medida que a análise avança, com a substituição – característica da espécie – de uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Colocando de uma outra forma: toda uma série de vivências psíquicas anteriores é reativada, mas não como algo do passado, e sim na relação atual com o médico (Freud, 2018/1905, p. 312).

Podemos definir a neurose de transferência como a repetição sintomática da neurose mesma, no entanto, a neurose de transferência tem como objeto um destinatário específico, o analista. Assim, o paciente passa a reproduzir no ambiente clínico os mesmos sintomas, afetos e fantasias que sustentam sua trama subjetiva nas demais relações afetivas que traça. A neurose de transferência, alicerçada na compulsão à repetição é um aspecto fundamental

para a proposta que trazemos no capítulo subsequente sobre a íntima relação entre a transferência e contratransferência.

## 2.3 NEUTRALIDADE E CONTRATRANSFERÊNCIA

A neutralidade é a regra técnica que Freud oferece ao manejo da contratransferência:

A experiência de resvalar para sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente inócua. Não nos controlamos tão bem a ponto de alguma vez, subitamente, não irmos mais longe que o pretendido. Acho, portanto, que não devemos renegar a neutralidade que conquistamos ao subjugar a contratransferência (Freud, 2010/1915, p. 218).

A neutralidade foi tratada por diversos autores já explicitados no capítulo anterior. Balint e Balint (1939), Heimann (1950) e Little (1951) discutem as implicações clínicas da tarefa analítica de manter a neutralidade, manifestando a impossibilidade de uma neutralidade completa, reconhecendo a análise como um campo de afetação mútua. No entanto, o entendimento acerca do que trata a técnica da neutralidade não é unânime nas teorias psicanalíticas pós-freudianas

Heimann (1950) defende que o estereótipo de um analista frio e imparcial encontra subsídios em uma má interpretação de algumas passagens freudianas que comparam o analista ao cirurgião e ao espelho. Segundo a autora os afetos que tomam o analista na condução de um trabalho clínico não devem ser vistos como fonte de perturbação. Neutralidade, nesse sentido, não é a inexistência de tais afetos ou sentimentos, mas o destino destes na condução clínica, que são vistos por Heimann (1950) como processos auxiliares do analista na identificação dos conflitos inconscientes do paciente.

Little (1951) defende que a ideia de espelho, na qual o analista reflete o paciente sem distorções é válida para a neurose, mas nos casos limítrofes e de diagnóstico de psicose tal postura não se sustenta, sendo necessário um relacionamento direto entre analista e analisando.

De acordo com Duparc (2001), para Lacan o principal objetivo da neutralidade do analista seria frustrar a transferência imaginária do paciente, composta por afetos.

Dentre os conceitos elencados nesta etapa da dissertação, o campo da neutralidade é aquele cujas diferenças teóricas se fazem mais evidentes, seja no modo de compreensão do fenômeno ou mesmo de utilização técnica do mesmo, fazendo-se necessário um retorno a Freud para melhor elucidação do conceito.

### 2.3.1 NEUTRALIDADE DO ANALISTA

Freud (2010b/1912), em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* apresenta duas metáforas que aludem à temática da neutralidade do analista, metáforas essas utilizadas pelos autores tratados no subitem anterior para explicitar uma construção teórica própria envolvendo a neutralidade. A primeira delas compara o analista ao cirurgião. Vejamos:

Recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua compaixão de ser humano, e concentra suas energias mentais num único objetivo: levar a termo a operação do modo mais competente possível (Freud, 2010b/1912, pp. 154-155).

Agindo com “tal frieza de sentimentos” (p.155), Freud (2010b/1912) garante que o analista estará protegendo sua própria vida afetiva e estará prestando o melhor auxílio ao paciente, não dando maiores detalhes de como a neutralidade do analista pode garantir o melhor auxílio ao paciente.

Ainda no mesmo artigo (*Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*), Freud (2010b/1912) traz a famosa metáfora do espelho: “O médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (2010b/1912, p. 159).

Freud (2010b/1912) se opõe a uma prática afetiva do analista em relação ao paciente, na qual o primeiro coloca-se em uma relação simétrica com o segundo e passa a revelar parte de suas questões íntimas ao paciente, confidenciando sua vida. De acordo com Freud (2010b/1912) tal prática afasta-

se de um modelo psicanalítico se aproximando-se de um tratamento por sugestão, com ela o paciente comunica mais cedo aquilo que as resistências mais superficiais adiariam, no entanto, fortalece as resistências que protegem o material recalcado em si, aquele que é buscado em uma análise. O paciente passa a usar dessa troca íntima com o analista como um modo de resistir a falar de si, interessando-se mais pelas questões do analista que pelas suas próprias questões. A resolução da transferência também fica prejudicada ao desenvolver uma relação estreita com o paciente (Freud, 2010b/1912).

Sabemos que o analista precisa ser uma figura neutra, alguém que possa refletir as pulsões do paciente tal como ele projeta, quanto menos o analista revelar de sua própria pessoa, mais o paciente dará azos a sua fantasia, colocando o analista em um lugar transferencial que não condiz com a realidade, podendo expressar sua raiva e ciúmes por se encontrar na recepção com o paciente da sessão anterior, por exemplo. Racionalmente, o paciente sabe que o analista não é um profissional exclusivo para si, que atende outras pessoas, mas ainda assim, não deixa de sentir raiva ou ciúmes quando encontra com outro paciente antes ou após sua sessão. O que justifica então esse afeto “irracional”? Certamente algo de sua fantasia inconsciente, que transfere para o analista uma posição incompatível com a realidade factual: o analista passa a ocupar uma posição de sucedâneo de um dos objetos de amor pregressos do paciente.

Ferreira (2013), ao estudar o fenômeno da sugestão na transferência, esclarece que, do lado do analisando, a sugestão, como processo psíquico (portanto um processo interno), permanece mesmo quando o analista adota uma postura mais silenciosa, assim “O que diz ou deixa de dizer um analista inevitavelmente será ressignificado como uma ‘sugestão’ a partir das marcas constitutivas de quem a ele (ao analista) se endereça” (Ferreira, 2013, p. 12). Tal asserção nos faz refletir acerca do lugar ocupado pela neutralidade no tratamento psicanalítico. A reflexão sobre esse aspecto nos leva a concluir que, independentemente da postura que o analista adota, a transferência irá ocorrer nos termos psíquicos do próprio paciente. Tese muito próxima à defendida pelos Balints (1939), que afirmavam que o resultado final de uma análise independia da técnica pessoal do analista.

Partindo da premissa de que o analista ocupará em transferência o lugar que as exigências transferenciais do paciente lhe designarem,



independentemente de suas características reais (do analista), cabe-nos questionar de que se trata a neutralidade do analista e Winnicott, parece ser o autor que melhor nos auxilia em uma releitura de Freud.

Seguindo a linha de raciocínio freudiana, Winnicott propõe que a análise pessoal do analista seja o local privilegiado que o auxilia a suportar as tensões advindas da transferência e manter sua postura profissional (Pinheiro, 2017). Ainda segundo Pinheiro (2017), Winnicott defende que o analista deve manter-se aberto e vulnerável para permitir que a movimentação transferencial ocorra e, por outro lado, não perder sua atitude profissional, ou seja, o analista deve ser afetado, mas não deve responder a essa afetação de modo defensivo ou bruto, sendo necessário uma depuração daquilo que emerge em seu próprio aparelho psíquico.

Partindo da ampliação de significado que a palavra “controle” adquire ao retomarmos a etimologia do vocábulo *bewältigen*, a qual o verbo “elaborar” parece mais próprio ao sentido que buscamos e também mais próprio à teoria psicanalítica, podemos propor uma nova leitura do aspecto da neutralidade do analista. Já afirmamos que a neutralidade é a resposta técnica que Freud propõe para o “controle” da contratransferência. Se utilizarmos o verbo “elaborar”, em detrimento de “controlar”, veremos que a neutralidade ganha novo estatuto. Concordamos com Freud (1909 como citado em McGuire, 1976), que afirmou em carta a Jung, que não cabe ao analista dar “boa parte de sua própria pessoa na expectativa de que o paciente dê algo em troca” (p. 541). A neutralidade seria, então, como propõe Winnicott, a atitude profissional do analista, que não revela injustificadamente algo de sua vida psíquica para o paciente, no entanto, essa asserção não elimina a subjetividade do analista, que comparece também ao tratamento e que merece reconhecimento, sendo necessário direcionar tais questões à própria análise.

## 2.4 ANÁLISE PESSOAL DO ANALISTA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Glover (1927, conforme Orr, 1954), analista contemporâneo a Freud, considerava que a análise pessoal do analista era um dos modos possíveis de proteção contra a vulnerabilidade no campo transferencial/contratransferencial, nomeando a análise do analista como uma “*toilet* diária” (Orr, 1954).



Heimann (1950) ressaltou a importância da análise do analista, a qual tem como função capacitar o analista a suportar os afetos que nele foram mobilizados, sem descarregá-los. Tais sentimentos, portanto, devem ser subordinados à tarefa analítica.

Já Reich (1949), por compreender a contratransferência como aspectos neuróticos do analista insuficientemente analisados, sugere como saída a problemática contratransferencial um aprofundamento na análise pessoal do analista, uma vez que os afetos contratransferenciais impactam na capacidade de escuta analítica, bem como interferem de modo negativo no manejo e na interpretação do material apresentado pelo paciente.

Seja considerando a contratransferência como instrumento de análise ou como aspectos neuróticos do analista insuficientemente analisados, a análise pessoal é a saída apontada por ambos os partidários, refletindo a importância de um dos tripés psicanalíticos, que será melhor aprofundado no próximo item da arguição dissertativa.

#### 2.4.1 ANÁLISE PESSOAL DO ANALISTA

Freud (2010b/1912) reconhece que o inconsciente do analista atua como instrumento na análise:

ele [médico] deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as vibrações elétricas da linha provocadas por ondas sonoras, o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente (Freud, 2010b/1912, p. 156).

A regra técnica da atenção flutuante também evidencia a participação do inconsciente do analista como instrumento: “a regra pode ser formulada assim: manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e entregar-se totalmente à sua ‘memória inconsciente’, ou expresso de maneira

técnica: escutar e não se preocupar em notar alguma coisa” (Freud, 2010b/1912, p. 150). Freud (2010b/1912) defende que manter a atenção deliberadamente sobre aquilo que o paciente diz é o primeiro passo para começar a selecionar o material, fixando-se em um ponto e, certamente, deixando escapar outro, tal seleção, quando ocorre, se dá pelas inclinações e expectativas do próprio analista, ignorando aquilo que há de particular no paciente, as questões que lhe são próprias. Freud (2010b/1912) defende que a atenção flutuante por parte do analista é a contrapartida da associação livre, se a fala é livre a escuta também deve ser, a lógica que deve reger a escuta é a lógica do inconsciente. Quando a escuta está regida pela atenção flutuante, as conexões entre o material emergem na consciência do analista tão logo o paciente traga o elemento novo que estava ausente em um primeiro momento, proporcionando que haja continuidade no desvelamento do inconsciente.

Sobre o uso do divã, Freud (2010/1913) declara:

Como eu também me abandono ao curso de meus pensamentos inconscientes, não quero que as expressões de meu rosto forneçam material para interpretações do paciente ou influenciem o que ele tem a comunicar. (...) Mas eu insisto nessa medida, que tem o propósito e o resultado de impedir a inadvertida intromissão da transferência nos pensamentos espontâneos do paciente, de isolar a transferência e fazer que no devido tempo ela se destaque nitidamente como resistência (Freud, 2010/1913, p. 179).

Assim, são diversos os momentos em que Freud reconhece a participação do inconsciente do analista na análise. A partir deste reconhecimento, Freud (2010b/1912) propõe que o analista se submeta a uma análise pessoal, admitindo que “Uma tal análise de alguém praticamente sadio permanecerá inconclusa, como é de se esperar” (Freud, 2010b/1912, p. 158).

Mais de 20 anos depois dos artigos sobre a técnica, em um dos últimos textos freudianos publicados, Freud (2018/1937) afirma:

Não seria de admirar se, ocupando-se ininterruptamente com todo o material reprimido que peleja por libertar-se na psique humana, o analista visse despertarem também nele próprio as exigências instintuais que ele ordinariamente

pode conservar na repressão (Freud, 2018/1937, pp. 320-321).

Para enfrentar esse problema que se apresenta recorrentemente ao se propor a tarefa de analisar outra pessoa, Freud (2018/1937) sugere que o analista passe por análises periódicas, o que, nas palavras do autor tornaria o trabalho analítico interminável para o praticante da psicanálise.

Freud (2018/1937) admite que a personalidade do analista influencia no resultado da análise, reconhecendo esta característica como um modo de resistência. “Não apenas a natureza do Eu do paciente, também as particularidades do analista têm seu lugar entre os fatores que influem nas perspectivas do tratamento analítico e o tornam mais difícil, à maneira das resistências” (Freud, 2018/1937, pp. 317-318). Freud (2018/1937) declara que o analista, assim como os próprios pacientes, não adquiriu “todos os graus de normalidade psíquica” e que no caso do analista, devido as circunstâncias do trabalho que realiza, pode ter a leitura da real situação psíquica do paciente atravessada pelas próprias questões pessoais.

Mas onde esse coitado [analista] deve adquirir a qualificação ideal que necessitará em sua atividade? A resposta será: na análise de si mesmo, com a qual tem início a preparação para a futura profissão. Por motivos práticos, ela pode ser apenas breve e incompleta (Freud, 2018/1937, p. 319).

O objetivo da análise pessoal do analista é triplo segundo Freud (2018/1937), o primeiro deles é permitir que o aprendiz a analista ganhe convicção da existência do inconsciente, em segundo, que possa ter auto percepções a partir do retorno do recalçado e por fim, serve como modelo para apreensão da técnica psicanalítica.

Não se terá por objetivo nivelar todas as particularidades humanas em prol de uma normalidade esquemática, ou até mesmo exigir que o indivíduo “analisado a fundo” não sinta paixões nem desenvolva conflitos internos. A análise deve produzir as condições psicológicas mais favoráveis possíveis para o funcionamento do Eu; com isso terá cumprido sua tarefa (Freud, 2018/1937, pp. 321-322).

Podemos depreender que a análise pessoal do analista é necessária, pois não é lícito distorcer e selecionar o material do analisando com base em suas próprias resistências, o analista precisa conhecer seus processos psíquicos para evitar os pontos cegos na análise, bem como evitar projetar questões que lhe são próprias como pertencentes ao paciente. Ademais, o contato com os conflitos inconscientes do paciente acende os conflitos adormecidos do próprio analista, os quais merecem um espaço de elaboração para que não se tornem resistências ao avanço da análise de seu paciente

## **2.5 CONSIDERAÇÕES**

A transferência é o conceito norteador, não apenas no presente capítulo, como também da clínica psicanalítica. Na citação que trouxemos na abertura do capítulo, esperamos ter deixado evidente a importância do fenômeno, pois nela Freud (2012/1914) explicita que toda investigação do psiquismo que considere a transferência e a resistência pode ser chamada de psicanálise.

Iniciamos, pois, com a investigação teórica acerca da resistência, uma vez que para compreender a transferência o conceito de resistência precisa estar claro, já que estão interligados. Verificamos que a resistência é um conceito antigo na obra psicanalítica freudiana, que no devir teórico foi sendo enriquecido a partir de novos conceitos teóricos, ampliando seu significado original. Se originalmente a resistência era o ponto no qual a análise paralisava, posteriormente, a resistência passou a indicar ao analista os conteúdos mais importantes a serem investigados, sendo inevitável ao longo de um processo psicanalítico.

A transferência, assim como a resistência, guarda a característica da inevitabilidade no tratamento. E também sofreu modificações e ampliações de acordo com a maturidade teórico-clínica em que se encontrava a psicanálise. Inicialmente, foi compreendida como um indesejável empecilho ao tratamento, mas logo, Freud foi observando que a transferência, como uma manifestação clínica, revelava aspectos importantes da neurose do paciente, aspectos estes que não eram recordados, mas atuados. A transferência passou a ser vista como a atualização do conflito do qual o paciente padece. Uma repetição dos dramas

edípicos endereçada ao analista, o qual, por ser objeto dos afetos e fantasias do paciente, teria uma posição privilegiada de manejo da situação, que por sua vez, poderia definitivamente mudar os rumos e destino da neurose.

Uma situação transferencial clinicamente importante e bastante relevante ao estudo da contratransferência é o que Freud nomeou de amor de transferência. No capítulo um afirmamos que foi a partir dos efeitos do amor transferencial que a contratransferência foi reconhecida e elaborada por Freud. Devido a atuação contratransferencial de seus discípulos Jung e Ferenczi, a partir das demandas de amor de suas pacientes Sabina e Elma, respectivamente. Assim, a contratransferência é nomeada a partir de uma posição de supervisão, aspecto bastante relevante se considerarmos que o fenômeno transferencial/contratransferencial possui suas bases em processos inconscientes e que, portanto, dificilmente serão reconhecidos pelo próprio analista.

No que tange ao amor transferencial, o paciente, enredado em sua neurose, transfere para o analista seus conflitos inconscientes, atualizando na situação clínica seu drama edípico. Do lado do analista, Freud reconhece a contratransferência amorosa como uma possível *resposta* a esta situação clínica. Esse ponto nos é bastante interessante, pois toca o cerne da questão contratransferencial como propomos no presente estudo, ou seja, que as respostas emocionais do analista se vinculam com a trama psíquica inconsciente do paciente. Ao endereçar uma demanda inconsciente ao analista, esta é sentida pelo profissional, que pode tomar esse afeto como integrante do quadro clínico do paciente, embora, em algum aspecto, possa também revelar questões que lhe são próprias (do analista), as quais devem ser depuradas em sua análise pessoal. O importante de sublinhar é que ambas as correntes coexistem, e uma não elimina a outra, assim, a contratransferência deve ser encarada nos seus dois aspectos simultâneos: resistência do analista, quando trata de suas questões pessoais e dificulta a disponibilidade da escuta, e por outro lado, instrumento de acesso ao inconsciente do paciente.

A transferência revela ainda mais sua íntima relação com a contratransferência quando trazemos ao primeiro plano as conotações presentes no substantivo *übertragung*, o qual foi traduzido para o português como transferência. Em sua origem alemã, a palavra que designa o fenômeno

transferencial considera os dois atores envolvidos, analista e analisando, diferente da palavra transferência em português que remete a uma ideia bancária de depósito, de retirada de um lugar e colocação em outro, no alemão subjaz a noção de troca, de ida, mas também de volta. Ou seja, se tomarmos etimologicamente o vocábulo que designa o fenômeno da transferência, veremos que está implícita a noção de relação. Nesse sentido, diferenciar transferência como pertencente ao paciente e contratransferência ao analista perde o sentido. O que propomos então é uma nova nomenclatura que melhor represente o fenômeno em estudo, a qual chamamos de relação transferencial-contratransferencial.

O fenômeno da relação transferencial-contratransferencial é complexo e em sua parte mais importante trata de questões inconscientes e, portanto, desconhecidas tanto do paciente, quanto do analista. Assim, Freud defende que a melhor resposta clínica para enfrentar tais situações seja a neutralidade. Discorreremos ao longo do item 2.3.1 sobre nossa construção acerca do conceito, que ao nosso ver, não deve ser tomado como desconsideração da participação da vida afetiva do analista em um tratamento. Apontamos também que a melhor tradução para o termo *bewältigen* é elaborar em detrimento de controlar/subjugar.

Note que para *controlar/subjugar* um fenômeno como a contratransferência, é necessário permitir que o fenômeno ocorra. Controlar, não significa necessariamente negar a existência do fenômeno, como muitos autores pós-freudianos propuseram como leitura da visão de Freud sobre a contratransferência. Mas ao contrário, controlar é dar à contratransferência legitimidade e oferecer como resposta técnica a neutralidade, não deixar envolver-se pessoalmente com a afetação que surge no campo contratransferencial.

A tarefa analítica exige muito daquele que a executa, ou seja, do analista. As exigências são inúmeras, mas as que queremos destacar aqui são as de ordem afetiva. Assim, Freud (2018/1937) afirmou que ao lidar com as questões e conflitos inconscientes de seus pacientes, o analista pode (e vai) se ver implicado em suas próprias questões e conflitos inconscientes que tangenciam aqueles de seus analisandos, afinal, as principais questões humanas são temas universais que tocam e implicam a todos. Uma das soluções para essa

dificuldade da tarefa de analisar consiste na submissão do analista a uma (ou várias) análise pessoal, pois dentre um dos objetivos de uma análise, o fortalecimento do Eu, é concordante com a característica pessoal esperada de um analista. Em um artigo tardio de sua obra “Análise terminável e interminável”, Freud (2018/1937) reconhece que a personalidade do analista participa do processo analítico, recomendando análises periódicas para evitar que tal participação atue como resistência à análise. Compreendemos que essa perspectiva se distancia daquela defendida por muitos autores que compreendem a contratransferência como sinônimo de resistência do analista e indicam que, se a contratransferência está ocorrendo, o analista necessita de mais análise pessoal, dando a compreender que seja possível eliminar a contratransferência com uma análise completa, por assim dizer. Em nosso entendimento, no entanto, o que Freud afirma é o oposto, ele compreende que a tarefa analítica convoca afetivamente o praticante, o qual tem suas pulsões, fantasias e desejos despertados no contato com o paciente, sendo necessário uma submissão dos conteúdos psíquicos do analista a uma análise, sendo essa um trabalho constante. Ou seja, na nossa concepção, Freud compreende que o inconsciente sempre estará ativo e produzindo seus efeitos e mesmo após um suposto “fim de análise”, a contratransferência não estaria eliminada. A análise pessoal do analista, em nosso entendimento, não elimina a contratransferência, mas a transforma em questão.

Após a descrição dos fenômenos de transferência, resistência, neutralidade do analista e análise pessoal do analista, esperamos ter tornado evidente para o leitor, nossa premissa fundamental de que transferência e contratransferência são fenômenos indissociáveis, tal ligação não se encontra apenas no nome, mas especialmente do fenômeno que tratam.

### 3. A CONTRATRANSFERÊNCIA EM SUA DIMENSÃO CLÍNICA

Conforme explicitado no capítulo anterior, contratransferência implica transferência, o conceito de contratransferência é indissociado do conceito de transferência, não apenas na escolha freudiana do vocábulo para designar os fenômenos, mas teórico-conceitualmente tais noções indicam que a dinâmica de um tratamento psicanalítico envolve a interação entre dois psiquismos, em posições assimétricas, mas que se comunicam e a partir desta comunicação nascem os efeitos de uma análise.

Assim, consideramos pertinente a proposição de uma nomenclatura que possa designar com mais clareza os fenômenos em questão, destarte propomos nomear o fenômeno da transferência e da contratransferência como *relação transferencial-contratransferencial*, na qual a ênfase recai justamente no vocábulo “relação”, voltando o cerne para aquele ponto no qual a tradução do substantivo em alemão *übertragung* para transferência em português perde a essência original almejada por Freud. Neste sentido, Sato (2010) defende a proposição de que Freud em sua genialidade e habilidade para a escrita, jamais utilizaria arbitrariamente a palavra *übertragung* desconexa do sentido semântico que esta carrega consigo, uma vez que tal vocábulo designa justamente os processos inconscientes tão caros e fundamentais à sua teoria e clínica.

Como a psicanálise é uma disciplina que nasce e responde questionamentos advindos da prática clínica, compreendemos que a apresentação de um caso clínico freudiano seja o melhor caminho para validar nossa tese de que a contratransferência e a transferência são processos inter-relacionados e que aquela, embora emergja como sensações e afetos no aparelho psíquico do analista, pode trazer elementos que façam referência à dinâmica psíquica do paciente.

O caso clínico a ser tratado no presente capítulo é Caso Dora, a escolha de tal caso em detrimento dos demais publicados por Freud se deu, justamente, pela riqueza dos afetos contratransferenciais nele contido de forma explícita. Talvez, pelo momento histórico e maturidade teórica, foi possível a Freud deixar transparecer algo de si e de suas impressões ao descrever o caso. Cada vez que avançamos temporalmente em sua obra, vamos observando um cuidado



muito maior em resguardar sua vida psíquica, não desvelando ao público leitor os afetos que assaltam um psicanalista no exercício de sua profissão. Esses afetos, obviamente, não deixam de existir, haja visto as centenas de cartas trocadas com seus amigos pessoais, nas quais Freud se permite tratar dessa afetação de modo franco.

Assim, embora fosse possível fazer o trabalho proposto de compreender a relação transferencial-contratransferencial em qualquer caso clínico freudiano, seria necessário um trabalho minucioso de levantamento de materiais históricos que nem sempre estão disponíveis, como as cartas trocadas com amigos e colegas de profissão, atas das reuniões da Sociedade Psicológica das Quartas-feiras, dentre outros, bem como depender de interpretações feitas por terceiros em suas diversas biografias já publicadas. O caso Dora, ao contrário, apresenta esse material de forma explícita, Freud nos presenteia de modo direto e franco com os desdobramentos advindos da relação transferencial-contratransferencial entre ele e sua paciente.

Além disso, o caso Dora tem uma importância capital, não apenas na definição clínica do fenômeno da transferência, mas também nas reconstruções históricas sobre a gênese da contratransferência em autores pós-freudianos. Considerado o caso clínico freudiano que inaugura o conceito da transferência, o caso Dora, é justamente aquele que fracassa, na opinião de Gay (2015), não apenas pelo desconhecimento e domínio da transferência, outrossim por ignorar a própria transferência do analista sobre a paciente. Assim, Gay (2015) afirma que no atendimento clínico de Dora “o funcionamento do que veio a chamar de contratransferência havia escapado a sua auto-observação analítica” (p. 263). Lacan vai mais longe e afirma, segundo Duparc (2001), que o fracasso do caso Dora está justamente em Freud não ter dominado a tempo a sua contratransferência.

### 3.1 HISTÓRIA CLÍNICA DE DORA

Dora foi trazida para tratamento psicanalítico com Freud pelo seu pai, o qual, por sua vez, havia sido paciente médico de Freud anos antes e, de acordo com Freud (2018/1905), foi o sucesso desse tratamento pregresso que fez com

o pai confiasse sua filha à uma análise. O pai estava preocupado com Dora, pois havia flagrado uma carta de suicídio da mesma após a jovem fazer uma exigência ao pai que esse rompesse uma relação extraconjugal, após Dora ter sido assediada pelo marido da amante do pai.

A família nuclear era composta por Dora, um irmão mais velho, a mãe e o pai. O genitor sofria de vários distúrbios de saúde. Aos 6 anos de idade de Dora, o pai adoeceu de tuberculose e a família mudou-se para outra cidade, cujo clima favorecia a recuperação da doença pulmonar, tal cidade foi nomeada por “B” na descrição do caso clínico e por 10 anos “B” foi o principal local de residência da família, sendo que em 1899 mudaram-se para Viena, um ano antes do início do tratamento da jovem.

Em “B” o pai havia estabelecido uma forte amizade com o casal do Sr. K. e da Sra. K., esta última havia cuidado do pai de Dora no decorrer de sua doença. Dora sempre fora muito afeita ao casal e chegou a exercer a função de cuidado junto aos filhos dos K. O Sr. K. era solícito para com a jovem, presenteava Dora, saía em sua companhia para passeios e, segundo Freud (2018/1905), não despertava nenhuma desconfiança nos familiares com essa atitude.

Certa vez, em um verão, Dora e o pai foram com o Casal K. aos lagos alpinos. Dora deveria permanecer várias semanas com o casal, enquanto o pai retornaria após alguns dias. No entanto, no dia do retorno paterno, Dora resolutamente quis voltar para casa. Já no lar, Dora declarou à mãe que em um passeio no lago, junto ao Sr. K., este lhe fez uma proposta amorosa, a qual a garota declinou ofendida. Após esse episódio, Dora exigia que o pai rompesse relações com a Sra. K. O pai pediu esclarecimentos ao malfeitor da filha, que devolveu a acusação, culpando Dora por uma imaginação fértil, a qual deveria ser causada pelas leituras inadequadas que soube que a garota fazia.

O pai não queria romper os laços com o casal de amigos, mais especificamente com a Sra. K., por manter com ela um relacionamento extraconjugal, então, procura Freud com um pedido específico: “Por favor, tente fazê-la mais sensata” (Freud, 2018/1905, p. 198).

### 3.2 LUGAR SUBJETIVO DE DORA EM SUA FANTASIA EDÍPICA INCONSCIENTE

Para iniciarmos uma discussão aprofundada sobre a relação transferencial-contratransferencial no caso em questão, faz-se necessário, primeiramente, destacar o lugar subjetivo ocupado pela personagem central, Dora, em sua própria fantasia edípica inconsciente, pois é a partir desse lugar específico que Dora se relaciona com seus objetos amorosos e, conseqüentemente, com seu analista, o substituto por excelência de seus objetos de amor primevos.

Freud (2010/1914) indica que ao iniciar uma análise, o paciente passará a agir com seu analista do mesmo modo que agia com seus objetos, transferindo, portanto, afetos, sentimentos, desejos que pertencem a um ponto no passado para a figura do analista, atualizando, desta forma, o conflito que havia ficado sem solução. O paciente não se recorda de como agia com seus pais, mas, no entanto, atua com o analista, via transferência, a mesma conflitiva. Desta forma, a análise reproduz a própria neurose, possibilitando que o analisando encontre soluções mais acertadas ao conflito que continua atuante. “A transferência ganha assim o seu estatuto paradoxal de resistência e veículo de cura. Pois se por um lado ela impede a recordação do passado recalcado, por outro ela revive na análise, esse passado em ação” (Pinheiro, 2017, p. 5)

Por se tratar indiscutivelmente de um caso de neurose histérica, quando propomos identificar o lugar subjetivo de Dora, sempre estaremos referindo tal lugar a uma relação na trama edípica, na qual as ligações afetivas partem de um modelo triangular. No interior de cada triangulação proporemos vislumbrar a posição de Dora em relação aos dois outros elementos/objetos amorosos. Com o objetivo de tornar a exposição mais apreensível, dividimos a apresentação de acordo com as triangulações mais relevantes observadas na descrição do caso, quais sejam: Pai – Mãe – Dora; Sr. K – Sra. K. – Dora; Pai – Sra. K. – Dora; Pai – Preceptora – Dora e por fim, Pai – Sr. K. – Dora.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Também reservamos espaço de discussão para tratarmos das triangulações cujo objeto é Freud, no entanto, por ser a relação transferencial-contratransferencial o objeto do presente estudo, consideramos importante tratá-los em um subitem próprio dentro do capítulo.

Consideramos a triangulação Pai – Mãe – Dora a de maior relevância, pois é a partir dessa relação primordial com os dois objetos (pai e mãe) que se forma a base para as demais relações afetivas da paciente. Podemos observar que o lugar ocupado pela mãe de Dora é do desvalor, trata-se de uma mulher desinteressante, tanto do ponto de vista da própria filha, como sob a ótica do marido. Assim Freud afirma sobre esta mulher: “A mãe não cheguei a conhecer. Pelo que me disseram a garota e o pai tive a imagem de uma mulher inculta, mas sobretudo pouco inteligente” (Freud, 2018/1905, p. 190). Como veremos adiante, a mulher de pouco valor é um dos pontos de identificação de Dora com a mãe, o qual estará presente nas relações afetivas traçadas pela jovem, bem como ocupará um lugar específico na relação transferencial-contratransferencial. O pai, por sua vez, era supervalorizado. Na fantasia edípica de Dora a figura masculina/fálica, ao contrário da feminina, era provida de todo o valor. Freud (2018/1905) utiliza diversos adjetivos para descrever o pai: dominante, inteligente, perspicaz, homem com capacidade e energia incomum. O desfecho do relacionamento entre esses três atores é que o pai de Dora substitui a mulher desinteressante e de pouco valor por outra, mais interessante. De início, Dora ocupou o lugar de substituta da mãe junto ao pai, recebendo e dando a ele toda a atenção, especialmente nas fases agudas da doença paterna. No entanto, Dora, no caminho de construção de sua sexualidade, identifica-se com a mãe, seu primeiro modelo de feminilidade, e por tal identificação, é levada ao mesmo desfecho da genitora na relação com os homens, ou seja, é substituída por outra mulher. Faz-se importante salientar que a corrente afetiva predominante na relação edípica primordial de Dora é composta majoritariamente por elementos eróticos e pelas demandas de amor daí advindas, colocando como questão fundamental o valor de si em uma relação afetiva, questão essa que, posteriormente, será lançada ao analista na relação transferencial-contratransferencial.

Na triangulação Sr. K – Sra. K. – Dora, há traços de repetição das posições do masculino e feminino já encontradas na dinâmica entre o pai, a mãe e Dora, podendo ser vista como uma reedição da mesma situação edípica, na qual mantem-se a problemática e mudam-se os atores. Nesta relação, a Sra. K. é a mulher desprezada pelo marido, tal qual a mãe de Dora fora pelo pai da jovem e Dora é substituta para esta mulher desdenhada pelo esposo. No

entanto, a posição feminina de pouco valor é novamente sublinhada e Dora, ao identificar-se com esta mulher de pouco valor, torna-se também uma mulher substituível. A dinâmica da infidelidade ronda também a relação entre o Sr. K e a Sra. K, ressaltando a fantasia de Dora de que os homens são desleais e pouco confiáveis.

Encontramos, deste modo, dois pontos fundamentais da fantasia edípica de Dora, que enfatizam a problemática da castração: O lugar do feminino<sup>7</sup> de pouco valor, podendo, portanto, ser objeto de troca por outro de maior valor e, por outro lado, o lugar ambíguo do masculino, que ocupa a posição fálica, ao mesmo tempo que representa a deslealdade e a traição. Sobre este último ponto, encontramos em Freud a asserção que confirma nossa leitura: “todos os homens eram duvidosos. Para Dora isso devia significar que todos os homens eram como seu pai” (Freud, 2018/ 1905, p. 272).

Já na relação entre o Pai, Sra. K. e Dora, esta última, identificada com a figura feminina de pouco valor se vê substituída pela Sra. K. no interesse do pai. Na relação entre as duas mulheres, Dora se vê como desprovida de valor para Sra. K., o interesse de sua amiga se encontra no pai e não nela mesma. Esse último será o ponto marcante da relação de Dora com as mulheres, que diz respeito a mesma fantasmática: O interesse não se encontra em Dora, mas em outra coisa mais valiosa, um homem, que como vimos é o gênero que recebe maior valoração dentro da trama edípica de Dora.

A Sra. K a havia traído e caluniado; (...) Era uma repetição do que houvera com a preceptora; também a Sra. K. não a amava por sua própria pessoa, mas por seu pai. A Sra. K. a havia sacrificado sem hesitação, para que sua relação com o pai de Dora não fosse perturbada (Freud, 2018/1905, p. 244).

A repetição acima mencionada, trata-se da triangulação Preceptora – Pai – Dora. A referida professora demonstrava grande devoção à Dora e incitou a jovem contra o relacionamento extraconjugal do pai com a Sra. K. No entanto, a

---

<sup>7</sup> Embora estejamos tomando masculino como sinônimo de homem e feminino como sinônimo de mulher, compreendemos que nem sempre tais posições são justapostas, mas, no entanto, no caso em questão, parece haver uma sincronia entre homem e masculino e mulher e feminino.

jovem percebeu que a dedicação da preceptora, na verdade, tinha uma intenção oculta, agradar o genitor da jovem: “Aborreceu-se apenas ao notar que ela própria [Dora] nada significava para a preceptora, que o amor que esta lhe demonstrava se dirigia ao seu pai, na verdade” (Freud, 2018/1905, p. 211). Reforçando, assim, o lugar de Dora como uma mulher desinteressante e de pouco valor e do homem (pai) como alvo de todo o interesse.

Na triangulação Pai – Sr. K. – Dora, a problemática de mulher de pouco valor se repete. Dora é tratada como moeda de troca para o pai poder relacionar-se com a esposa do Sr. K. “Chegou-se a uma situação em que cada um dos dois homens evitava tirar do comportamento do outro a conclusão que era inoportuna para seus próprios desejos” (Freud, 2018/1905, p. 209). Assim, no primeiro sonho analisado no caso clínico, Freud pôde interpretar a presença do pai defronte a cama da paciente em uma situação de perigo, como um desejo desesperado de Dora ser salva por esse homem amado que a colocou em perigo, jogando-a nos braços de um homem mais velho e casado para satisfazer a própria lascívia. O sr. K. igualmente simulava ignorar o caso extraconjugal entre a esposa e o pai de Dora, dando a compreender que aceitava a situação desde que a contrapartida fosse obter o amor da jovem.

Quando Dora relata ao pai a tentativa de assédio do Sr. K. junto ao lago e o pai desacredita sua palavra, tal situação mantém e reafirma a posição subjetiva de pouco valor, ou seja, na interpretação de Dora, o pai não quer ver o óbvio para não sacrificar a relação com a amante, sendo ela novamente preterida em favor de outra mulher.

### 3.3 RELAÇÃO TRANSFERENCIAL-CONTRATRANSFERENCIAL: FREUD COMO SUBSTITUTO DO SR. K.

O pai foi o primeiro objeto de amor de Dora, mas sabemos que a impossibilidade de consumir essa relação incestuosa faz com que o neurótico busque outros objetos substitutos àquele interditado. Sr. K. aparece na trama como o substituto do pai, e Freud, por sua vez, é um substituto em transferência do Sr. K. e, em última instância, do pai da jovem.

Freud (2018/1905) afirma que Dora encontra-se enamorada por Sr. K. e no desenrolar do caso clínico somos levados a conclusão que o homem também

nutria sentimentos pela jovem. Dora seduzia o Sr. K. ao cuidar de seus filhos, ao aceitar seus presentes e ao se colocar como uma substituta à esposa que o desprezava. Freud (2018/1905) traduz um dos sintomas de Dora a partir da triangulação entre ela, o Sr. K. e a esposa deste, no qual Dora, ao contrário da esposa de Sr. K., que adoecia na presença do marido, se colocava doente quando o amado se afastava.

O ponto importante entre Sr. K. e Dora para a presente argumentação são as tentativas de sedução da jovem e o enamoramento de Sr. K para com ela. Freud, como substituto do Sr. K. em transferência, se verá provocado pelas tentativas de sedução da jovem paciente.

Justamente quando tínhamos a perspectiva de esclarecer um ponto obscuro da infância de Dora através de material que surgia para a análise, ela informou que numa das noites anteriores tivera um sonho que já se repetia várias vezes da mesma forma. Um sonho que retornava periodicamente era, já por essa característica, *bastante apropriado para despertar minha curiosidade*; e no interesse do tratamento, era lícito entremear esse sonho no contexto da análise. Decidi, então, examiná-lo cuidadosamente.

Assim, peço a Dora \_ *que já está instruída na interpretação dos sonhos*, por alguns exemplos analisados antes (Freud, 2018/1905, pp. 246-247, grifos nossos).

Vemos, por esses dois excertos, que Dora, pelo seu percurso na análise, já havia captado inconscientemente a satisfação que Freud sentia ao receber sonhos como material de análise. Assim, trazer aquilo que dá satisfação ao analista pode ser enquadrado como uma tentativa de sedução. Por outro lado, vemos também um analista seduzido, uma vez que não estava plenamente consciente da transferência que estava operando no tratamento.

Nesse sentido, no posfácio do caso em questão, Freud (2018/1905, pp. 314-315) afirma:

Não fui capaz de dominar a tempo a transferência; *devido à presteza com que ela punha à minha disposição uma parte do material patogênico* na análise, esqueci-me da precaução de atentar para os primeiros sinais da transferência, que ela preparava juntamente com outra



parte do mesmo material, que ficou desconhecida para mim (grifos nossos).

A “presteza” em fornecer material clínico para análise pode também ser um sinal da sedução tão habilmente encenada pelas histéricas. Podemos inferir que Freud não dominou a transferência, ou seja, não tomou consciência dela durante o tratamento, por encontrar-se seduzido pela paciente, ou em suas próprias palavras: “devido à presteza com que ela punha à minha disposição uma parte do material patogênico na análise” (Freud 2018/1905, pp. 314-315). Em 1915 em *Observações sobre o amor de transferência*, Freud reconhece que a atitude solícita dos pacientes pode ser vista como o primeiro estágio do amor transferencial em sua faceta mais branda, sem que tenha se transformado em paixão propriamente. E o fato de Freud não ter reconhecido a atitude solícita de Dora como um sinal transferencial, nos alerta para a sua resposta contratransferencial frente as demandas de amor da jovem paciente.

Ainda seguindo a linha de identificação entre Freud e o Sr. K., encontramos um dado momento da análise em que Dora afirma que havia sido tratada como uma empregada pelo Sr. K., se referindo a proposta amorosa que este lhe fizera junto ao lago, uma vez que havia tomado conhecimento que o homem fizera a mesma proposta a uma empregada e que, ao ceder, esta foi descartada pelo patrão. Por outro lado, Freud (1996/1901) esclarece que a escolha (inconsciente) do nome “Dora” para designar a jovem paciente histérica se deu em virtude do nome de uma babá da irmã. Freud (1996/1901) elucida que no dia anterior a escolha do nome “Dora”, havia visto, na casa da irmã, uma carta endereçada a alguém com o nome “Rosa”, ficou sabendo que Rosa era o nome real da babá, que teve o nome modificado para Dora apenas para não ser confundida com a patroa, que também levava o nome Rosa. É fato que as motivações inconscientes são sobredeterminadas, não desconsiderando a explicação elencada por Freud para a escolha do nome fictício para a paciente na publicação do caso clínico, mas podemos acrescentar ainda uma outra, que nos remete novamente a relação transferencial-contratransferencial. A função de “Dora”, a babá, era de subalternidade, era uma empregada, no início do século XX, socialmente alguém de menor valor. Assim, podemos hipotetizar que a



escolha do nome “Dora” também se conectou com a trama fantasmática da paciente, que se considerava alguém de pouco valor, como uma empregada.

Outro ponto interessante para consideração é o afeto que Freud verbaliza ter sentido ao receber a notícia de que Dora interromperia o tratamento. Freud declarou-se surpreso: “Foi um inconfundível ato de vingança que ela, *de forma tão inesperada, quando minhas expectativas de um término feliz estavam no auge*, interrompesse o tratamento e destruísse essas esperanças” (Freud, 2018/1905, p. 304, grifos nossos).

É com a mesma surpresa que Freud supõe que o Sr. K. recebeu o tapa após a proposta no lago:

Ela não o deixou terminar de falar, deu-lhe um tapa no rosto e saiu correndo. *Sua conduta deve ter parecido tão incompreensível* àquele homem como a nós, pois ele certamente havia concluído, a partir de muitos pequenos sinais, que era dono do afeto da garota (Freud, 2018/1905, p. 224, grifos nossos).

A resposta emocional que o abandono do tratamento gerou em Freud, foi compatível àquela gerada no Sr. K. após Dora declinar sua proposta. Tal resposta não deve ser considerada mera coincidência, pois se houve uma repetição ativa de Dora, ela se fundamenta na posição subjetiva edípica da garota. A ação de Dora produz um efeito em seus objetos amorosos. E tal qual o Sr. K., Freud se declara surpreso, o que fica evidenciado nesta outra passagem: “devido a presteza com que ela punha à minha disposição uma parte do material patogênico, esqueci-me da precaução de atentar para os primeiros sinais de transferência” (Freud, 2018/1905, p. 315). A surpresa tanto de Freud como de Sr. K. reside no fato de Dora mostrar-se disponível em um primeiro momento, agindo ativamente no sentido de sedução dos seus objetos, para no fim, vingar-se deles, abandonando-os.

Dora, portanto, atuou seu drama edípico, seduzindo Freud, com sua presteza, com a apresentação de seus sonhos e rico material de análise. Desatento à transferência, Freud foi seduzido e respondeu contratransferencialmente a partir do lugar masculino da fantasia de Dora.

### 3.4        RELAÇÃO        TRANSFERENCIAL-CONTRATRANSFERENCIAL: TRIANGULAÇÃO DORA – FREUD – PAI

Quem encaminha Dora para o atendimento junto a Freud é o pai da jovem, que já havia sido paciente de Freud, não como analisando, mas como paciente médico, recebendo tratamento para uma doença orgânica. Ao buscar auxílio para a filha, o pai de Dora faz um pedido específico a Freud: “Por favor, tente fazê-la mais sensata” (Freud, 2018/1905, p. 198).

Esse pedido aproxima Freud da posição do Sr. K. na triangulação Pai – Sr. K. – Dora, na qual, segundo a fantasia de Dora, Sr. K. a aceita como “moeda de troca” pela relação extraconjugal da esposa com o pai da jovem. O pai guarda a expectativa que Freud dissuada Dora da ideia de que ele deve romper a amizade com a Sra. K. O pai deseja continuar mantendo relações com a amante, e pede a Freud que a “faça mais sensata”, solicita que Freud ocupe Dora, tal qual foi o acordo não verbal celebrado entre ele e o Sr. K., no qual há uma troca, o Sr. K. fica com a filha e o pai com a esposa. Na nova triangulação, o pai permanece com a Sra. K., enquanto Freud se ocupa de Dora, recebendo um valor monetário para isso. Na sequência iremos assistir o desenrolar do atendimento clínico, com Freud identificado ao pai de Dora e mantendo em transferência a fantasia de Dora de possuir pouco valor próprio.

O desfecho do caso, abandono da análise, parece guardar íntima relação ao fato do pai da jovem ter buscado o tratamento. O interesse defendido por Freud, na fantasia de Dora, não era o dela, mas sim o do pai. Em todas as relações que Dora percebe esse interesse cruzado, o desfecho é o mesmo: Rompimento com a preceptora, o rompimento com a Sra. K e agora, o rompimento do tratamento analítico.

Urtubey (1994), chama atenção para um fato instigante, Freud elogia a personalidade do pai como homem de grande valor e talento incomum, elogio curioso dirigido a um pai que, supostamente, jogou sua filha nos braços do marido de sua amante. Urtubey (1994) vê nesse enaltecimento, desconexo da realidade dos fatos, a clara identificação contratransferencial de Freud com o pai de Dora. A idade próxima dos dois homens, o pai tinha 45 anos e Freud 43, e as características que Freud atribui ao homem “a pessoa dominante era o pai, tanto por sua inteligência e seus traços de caráter (...) ele era um homem (...) de

energia e capacidade incomum” (Freud, 2018/1905, p. 188); “O pai sendo um homem perspicaz” (ibidem, p. 194). “graças à inteligência do pai” (ibidem, p. 197), fizeram a autora supor que havia uma identificação inconsciente em ação.

Tal identificação pode ser considerada um traço da relação transferencial-contratransferencial. Isso significa que Dora designou um lugar para Freud em sua fantasia inconsciente, tal lugar estava referido aquele reservado aos homens importantes de sua vida (Pai e Sr. K.) e Freud, por sua vez, ocupou e respondeu do mesmo lugar subjetivo que os objetos amorosos pregressos de Dora. Ocupar o lugar que o paciente designa ao analista via fantasia inconsciente é o que estamos nomeando, nesse trabalho, de relação transferencial-contratransferencial. A questão que merece destaque no caso em pauta, não é o analista ter efetivamente representado um substituto do pai para a paciente, outrossim, ter atuado a partir da fantasia da paciente. Assim, defendemos que a contratransferência é inerente à relação transferencial, a questão que resultou no malogro dessa análise foi Freud não ter tomado consciência desse lugar e ter atuado, via compulsão à repetição, reproduzindo o mesmo papel que a paciente lhe demandava em fantasia, mantendo a trama psíquica de Dora intacta, ou seja, que as mulheres são desprovidas de valor e podem ser substituídas e que os homens são infiéis e agem a partir de interesses escusos.

Identificado com as figuras masculinas que povoavam as fantasias de Dora, Freud pode ser tomado como um homem em quem não se pode confiar, como havia sido com o pai e posteriormente com o Sr. K. Alguns traços na relação transferencial-contratransferencial de Freud e Dora, que iremos destacar, contribuem com a cristalização da fantasia de Dora sobre os homens.

Nessa perspectiva, vemos a desconsideração de Freud pelas dúvidas da jovem analisante, considerando qualquer negativa de Dora como um sinal de resistência. Nesse sentido, encontramos as seguintes passagens: “Naturalmente, nessa parte da interpretação ela *não quis me acompanhar*. Mas me aconteceu dar um prosseguimento à interpretação do sonho, que *me pareceu indispensável* tanto para anamnese do caso como para a teoria dos sonhos” (Freud, 2018, p. 254, grifos nossos).

Sobre esse aspecto, no mesmo artigo, Freud (2018/1905) ainda afirma:

De modo algum me surpreendeu que essa explicação encontrasse em Dora a mais resoluta oposição. O ‘não’ que ouvimos do paciente, depois de apresentar à sua percepção consciente o pensamento reprimido, apenas atesta a repressão e sua natureza peremptória como que mede sua intensidade (Freud, 2018/1905, p. 239).

Tal asserção parece novamente uma reação proveniente da relação transferencial-contratransferencial. Da mesma forma que o pai não acredita, ou não quer acreditar, que Sr. K. tenha efetivamente assediado Dora junto ao lago, para não ver ameaçada sua relação com a Sra. K., Freud parece desconsiderar, em certa medida, os afetos e a verdade própria à paciente, para não ver sua teoria em xeque. É assim que, em uma nota acrescentada em 1923 a respeito de uma visão dogmática que Freud (2018/1905) sustentou à Dora em relação ao sintoma da leucorreia e da masturbação, o autor afirma: “uma concepção extrema, que hoje eu não mais defenderia” (p.261). Se o pai defendia sua relação com a Sra. K. acima da própria filha, Freud, defendia sua teoria acima do saber da paciente. Sustentamos que, inconscientemente, Freud estava representando o papel paterno da fantasia de Dora, produzindo afetos compatíveis a essa relação e que, se tais afetos viessem a se tornar conscientes durante o tratamento, como indicativos da trama psíquica de sua paciente, esses afetos poderiam ser tomados como um guia para a elucidação das questões inconscientes da jovem analisanda.

Nossa suposição teórica é que o paciente tome o analista a partir de uma posição subjetiva que lhe é própria, a qual independe das características reais do analista, tal movimentação psíquica trata-se da transferência, amplamente debatida na obra psicanalítica, especialmente a freudiana da qual partimos. A partir desse endereçamento que o paciente faz ao analista, surge, no aparelho psíquico do analista, afetos, sensações, fantasias e desejos que são compatíveis com a trama psíquica do paciente e dos conflitos dos quais derivam, podendo assim, ser tomados como instrumento clínico de acesso ao inconsciente do paciente. Nosso objetivo no próximo subitem será explicitar, a partir do caso clínico Dora, esse posicionamento teórico.

### 3.5 AFETOS CONTRATRANSFERENCIAIS NO CASO DORA

Dora iniciou seu tratamento psicanalítico com Freud em outubro de 1900, abandonando o trabalho cerca de 11 semanas depois. Em 1902 Dora retorna ao consultório pedindo para reiniciar o tratamento e recebe a negativa de Freud (Gay, 2015). Em uma passagem no posfácio do caso Dora, Freud (2018/1905) confidencia, “Numa data não inteiramente irrelevante, o 1º de abril (...), apresentou-se em meu consultório, a fim de concluir sua história e novamente me pedir auxílio; mas bastou-me uma olhada em seu rosto para notar que esse pedido não era sério” (p. 318) e continua “Não sei que tipo de ajuda ela queria de mim, mas prometi perdoá-la por ter me privado da satisfação de livrá-la muito mais profundamente dos seus males” (Freud, 2018/1905, p. 319). Por essas duas passagens é possível concluir que Freud encontrava-se mais envolvido afetivamente com sua paciente do que ele nos deu a entender. Sabemos que é impossível tirar conclusões como as retiradas por Freud (de que Dora não levava a sério o pedido de ajuda) apenas a partir de uma expressão facial da paciente. O próprio Freud admite isso na segunda sentença, afirmando que não sabia o tipo de auxílio que a jovem desejava. Destarte, podemos inferir que a negativa de Freud à Dora tem uma ancoragem inconsciente, que não estava clara ao analista e que, portanto, reage vingativamente, recusando-se a admitir novamente a paciente em tratamento. Nos parece uma posição bastante semelhante à do Sr. K. que, ao receber a negativa da jovem sobre sua proposta amorosa, acusa a própria jovem de ter imaginado a cena pelas leituras que fazia.

O abandono de Dora ao tratamento provocou em Freud alguns afetos que guardam íntima relação com a trama psíquica da qual derivam. Nesse sentido, elencamos três eixos para sustentar nossa tese de que a contratransferência é, na verdade, uma resposta à transferência, ou como propomos, uma relação transferencial-contratransferencial, ou seja, transferência e contratransferência são processos imbricados e indissociáveis.

Os afetos do analista que sobressaíram a nossa releitura de Dora foram: Impotência, Insatisfação e Decepção/raiva. Tais afetos, em nossa leitura, somente se sustentam a partir do eixo central da relação transferencial-contratransferencial, o qual compreendemos pertencer à corrente erótica do

amor (contra)transferencial, a partir da demanda de amor da jovem analisanda ao seu analista.

Os efeitos dessa afetação proporcionada pela experiência com Dora foram decisivos. Na opinião de Gay (2015), é ingênuo acreditar que Freud se apaixonou por Dora, segundo o autor, os principais sentimentos de Freud em relação à jovem eram hostis. “Além do puro interesse em Dora como uma histérica fascinante, ele demonstrou certa impaciência, irritação e, no final, uma indisfarçada decepção” (Gay, 2015, p. 264).

O lugar transferencial ocupado pelo analista nesse caso clínico, como aponta Freud (2018/1905), estava fortemente vinculado a corrente afetiva masculina, na qual o analista passou a ocupar na fantasia inconsciente da jovem o mesmo lugar que outrora fora do pai e que posteriormente deslocou-se para o Sr. K. Conforme defendemos no subcapítulo 3.3 e 3.4, temos elementos para inferir que Freud estava (contra)transferencialmente identificado ao pai de Dora e ao Sr. K., ou seja, Dora lhe designou o lugar paterno em transferência e Freud, inconscientemente, o ocupou e atuou o engano transferencial, o que contribuiu para o desfecho final de uma interrupção prematura do tratamento.

Assim, os afetos freudianos que elencamos como representativos da relação transferencial-contratransferencial, quais sejam, impotência; insatisfação e decepção/raiva, são compatíveis com a transferência erótica e seus desdobramentos.

Começamos pela decepção/raiva. Certamente esses são afetos contratransferenciais. Em uma relação estritamente profissional, na qual não haja nenhum tipo de envolvimento afetivo entre as partes, tais afetos não se justificam. Para sentir-se decepcionado é necessário ter uma expectativa sobre algo, para que então, em um segundo momento, tais expectativas sejam frustradas, causando a sensação de decepção. As expectativas de Freud para Dora ele evidencia ao longo da descrição do caso, seu desejo era finalizar a análise de Dora e comprovar sua teoria das neuroses, este último ponto será evidenciado no próximo subitem, em que trataremos o interesse prévio de Freud na publicação do caso. Já o primeiro ponto, podemos encontrar na seguinte passagem:

Eu sabia que ela não retornaria. Foi um inconfundível ato de vingança que ela, de forma tão inesperada, *quando minhas expectativas de um término feliz estavam no auge*, interrompesse o tratamento e destruísse essas esperanças (Freud, 2018/1905, p. 304, grifos nossos).

O que justifica o sentimento de decepção nesse caso específico, em nossa opinião, é o enredamento de Freud a partir da relação transferencial-contratransferencial, na qual a corrente afetiva é predominantemente erótica. Dora seduz seu analista, como fizera com seu pai e posteriormente com o Sr. K., para na sequência, abandoná-lo. Tal movimentação de Dora gerou em Freud um afeto compatível, a decepção. A decepção e seus derivativos, como a raiva, embora tenham sido afetos que promoveram resistência ao avanço da análise, pois envolvido em seus próprios afetos, Freud negou posteriormente a continuidade do tratamento de Dora, ao mesmo tempo, revelava a natureza da relação transferencial amorosa/erótica, bem como da posição subjetiva da paciente e o lugar que essa designa aos seus objetos amorosos.

Os afetos de insatisfação e impotência são provenientes da natureza erótica do vínculo transferencial-contratransferencial que se estabeleceu nesse tratamento específico. Os próprios termos indicam sua origem sexual: (in)satisfação e (im)potência. No caso da impotência encontramos a seguinte passagem no texto freudiano: “Como poderia a paciente se vingar melhor do que demonstrando em sua própria pessoa a impotência e incapacidade do médico?” (Freud, 2018/1905, p. 317). A impotência tem um sentido sobredeterminado no caso Dora, deixar um homem impotente tinha uma significação que podemos incluir na trama edípica da paciente. O pai de Dora era, supostamente, impotente sexualmente. Transferencialmente, Dora designou a Freud o lugar paterno em sua fantasia, como já defendido no subitem 3.4. O afeto contratransferencial de sentir-se impotente, portanto, é compatível com o papel transferencial que Dora destinou a seu analista e coincide com uma característica (real ou fantasiada) de um dos objetos de amor da jovem.

A insatisfação pode ser considerada um afeto originado a partir da sensação de impotência. Ora, se um homem é sexualmente impotente, sua satisfação se não é nula, é no mínimo, diminuída. Portanto, a insatisfação deriva da impotência, sendo outro afeto contratransferencial compatível com a trama psíquica da qual se origina. A insatisfação, tal qual a impotência, reforça a



natureza erótica da relação transferencial-contratransferencial que se estabeleceu no caso em questão.

A insatisfação é, igualmente, uma característica notável na própria paciente. O desfecho da primeira ligação afetiva heterossexual de Dora (com o pai) culmina na não realização das metas sexuais da pulsão, ou seja, o desfecho dessa primeira relação é a insatisfação da libido. Tal desfecho deixa uma marca que se repetirá nas demais relações afetivas e é característica da neurose. Assim, o afeto da insatisfação que toma Freud no atendimento de Dora, tem origem dupla: é representativo tanto da dinâmica psíquica da própria paciente, como da resposta afetiva dos objetos de amor de Dora, advinda a partir das demandas afetivas que esta lhes endereça.

Se considerarmos os afetos contratransferenciais levantados no presente subcapítulo, quais sejam, impotência, insatisfação e decepção/raiva, verificamos que a resposta final de Freud à Dora, mantém intacta a trama subjetiva sintomática da paciente. Freud permanece impotente frente à Dora, uma vez que não dá continuidade ao tratamento e assim, mantém os sintomas atuantes. Por não concluir a análise, Freud e Dora permanecem insatisfeitos, como Freud mesmo aponta, a cura da histeria de Dora seria motivo de satisfação, logo, se ela não é curada, Freud fica insatisfeito e mantém Dora igualmente insatisfeita. E por fim, Freud escoia sua decepção e raiva ao se negar readmitir a jovem em tratamento, vingando-se de Dora, da mesma forma que se vingou o Sr. K., ao negar a realidade da denúncia de assédio na cena do lago, imputando à imaginação de Dora tal fantasia, deixando a jovem desacreditada. Ao agir desse modo, Freud confirma a máxima de Dora que os homens não são confiáveis.

### 3.6 INTERESSE NA PUBLICAÇÃO

O tratamento de Dora se deu no ano de 1900, mas foi publicado apenas em 1905. Gay (2015) acredita que a delonga na publicação deste artigo já indica algo da natureza contratransferencial que ficaria evidenciada para um leitor atento. “A reserva de Freud sugere razões íntimas para ter se sentido desconcertado com o caso, deixando o manuscrito na gaveta” (Gay, 2015, p. 256). Gay (2015) aponta ainda, que no prefácio do referido caso, Freud foi



exageradamente defensivo, embora tal estilo seja comum em artigos freudianos, nos quais o autor antecipa as críticas e defende-se delas, no caso Dora, Gay (2015) sugere que tal postura agressiva e defensiva “gratuita” de Freud no prefácio indique que “seu envolvimento com Dora foi mais perturbador do que ele suspeitava” (Gay, 2015, p. 257).

O tratamento analítico de Dora repete algumas situações da trama edípica da jovem. Tais traços repetitivos é o que estamos tomando por “relação transferencial-contratransferencial”. Como afirmamos no subcapítulo 3.2, uma das posições subjetivas de Dora era de uma mulher de pouco valor, cujo interesse do outro não estava situado nela mesma, mas em outra coisa, um objeto fálico exterior a ela, normalmente o pai.

Como o tratamento com Freud repete esse traço transferencialmente-contratransferencialmente? Um dos modos de verificarmos uma nova edição da problemática edípica de Dora no próprio tratamento está nos momentos em que Freud afirma seu interesse na publicação do caso. “A história clínica mesma redigi de memória, após o fim do tratamento, enquanto minha lembrança estava ainda fresca e avivada pelo interesse na publicação” (Freud, 2018/1905, pp. 177-178).

Interessante notar que o lugar subjetivo de Dora como mulher de pouco valor, cujo interesse do outro não se dá por si mesma, mas por outras intenções, é também sustentado por Freud quando este afirma que desde o início tinha interesse em comprovar sua teoria. O desejo de tratar analiticamente Dora não está alicerçado apenas no interesse de Freud em auxiliá-la com seus sintomas e sofrimentos, mas também no vislumbre de publicar o caso e comprovar correta sua teoria sobre a histeria, assim como o interesse da preceptora e da Sra. K não estava situado nela própria, mas na obtenção do amor de seu pai.

*Desde o início* tive enorme cuidado em não transmitir a essa paciente nenhuma informação no âmbito da sexualidade, não por escrúpulos morais, mas porque *pretendia submeter a um teste rigoroso minhas premissas* nesse caso (Freud, 2018/1905, p. 204, grifos nossos).

A triangulação aqui seria: Dora – Freud – Teoria, repetindo a triangulação que encontramos na Dora – Preceptora – Pai, ou então, na relação Dora – Sra. K – Pai. O interesse do outro neste caso, deslizou da figura pai, para a teoria

psicanalítica. Se Dora encena transferencialmente este lugar subjetivo, o analista por sua vez o recebe e responde, por isso, insistimos na denominação *Relação* transferencial-contratransferencial.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES

A transferência, em uma de suas facetas, revela em ato aquilo que fora esquecido pelo paciente, ou ainda, elementos primitivos anteriores ao desfecho edípico que não foram passíveis de simbolização pela linguagem. Da mesma forma, a contratransferência passa a ter função semelhante de revelar o inconsciente inacessível do paciente por meio de afetos, com a vantagem destes encontraram-se acessíveis ao analista, pois tal fenômeno se desenvolve em seu próprio aparelho psíquico.

O Caso clínico de Dora evidencia que a transferência não está dissociada da contratransferência. Ao designar um lugar transferencial ao analista este passará a receber os efeitos de tal ligação por meio de afetos em seu próprio aparelho psíquico. Se tais afetos forem tomados como indicativos da conflitiva inconsciente de seu paciente, então, a contratransferência poderá ser um instrumento clínico de acesso ao inconsciente desse.

O afeto contratransferencial se concretiza a partir de um endereçamento afetivo do analisando para seu analista, assim, entendemos que transferência e contratransferência são conceitos associados e interdependentes. Destarte, propomos nomear o fenômeno como relação transferencial-contratransferencial, compreendendo que o afeto contratransferencial será compatível com o endereçamento transferencial.

Portanto, podemos compreender os afetos que assaltaram Freud no atendimento clínico à Dora como pertencentes a dinâmica transferencial-contratransferencial. Transferencialmente, Dora endereçou uma demanda amorosa a Freud, seduzindo-o de modo indireto, por meio de sua solicitude e apresentação de rico material de análise. Freud, por sua vez, se viu seduzido. Tais processos ocorreram em nível inconsciente, deles nem Dora, nem Freud suspeitavam, o que contribuiu para o malogro da referida análise. Assim, a recomendação técnica de Freud quanto ao manejo da contratransferência ganha

sentido. O domínio e controle da contratransferência almejado por Freud, como defendemos anteriormente, não se trata de ignorar a emergência do fenômeno afetivo, outrossim, dar-lhe legitimidade, isto é, consciência. Neste ponto, a análise pessoal do analista, bem como a supervisão clínica são ferramentas essenciais ao descortinamento dessas conexões inconscientes que se formam em um tratamento psicanalítico, para que de fato, tais conexões possam ser alçadas ao estatuto de instrumento clínico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da presente dissertação buscamos abarcar o fenômeno da contratransferência a partir de três eixos distintos e complementares. Inicialmente propusemos compreender a face histórica da contratransferência. A partir dessa perspectiva observamos a emergência de alguns conceitos teóricos fundamentais, os quais se tornaram objeto de estudo no segundo eixo, e por fim, compreendido os elementos teóricos que embasavam o fenômeno contratransferencial, pudemos afirmar a importância da clínica para a sustentação histórico-conceitual do fenômeno em questão e no terceiro eixo, então, descrevemos a faceta clínica do fenômeno contratransferencial.

No Capítulo um, ao expor as diversas teorias contratransferenciais, nos deparamos com uma variedade conceitual e clínica do fenômeno em estudo. Verificamos que cada uma delas responde a uma matriz epistemológica própria, o que nos leva a conclusão lógica de que não existe uma verdade quando se trata de teoria psicanalítica, e que a conceituação e utilização clínica da contratransferência depende, essencialmente, do prisma teórico-epistemológico do qual se parte, este por sua vez, sustentado a partir de uma clínica própria.

Nossa clínica direcionou nosso olhar e compreensão do fenômeno contratransferencial, pois ela nos indicava que os afetos contratransferenciais, embora fizessem jus aos conteúdos emergidos no aparelho psíquico do analista, guardavam alguma relação com a trama psíquica inconsciente do paciente. Assim, pudemos compreender que o afeto contratransferencial de confusão de contornos entre analista e paciente, apresentados na introdução do presente estudo, indicavam o modo de organização da paciente frente a seus objetos amorosos e como tal, faziam parte do material de análise.

Para compreender esse fenômeno, fomos buscar na teoria freudiana elementos que sustentassem o que nossa prática clínica vinha indicando. Assim, a partir de levantamento histórico-conceitual efetuado no capítulo um, identificamos quatro eixos teóricos que poderiam nos auxiliar na sustentação de nossa hipótese sobre fenômeno clínico da contratransferência, ou seja, que a contratransferência, para além de resistência do analista, indicava processos e

conflitos psíquicos inconscientes do paciente, podendo então, ser utilizada como um instrumento clínico valioso.

Tais eixos foram alcançados a partir do levantamento minucioso de todas as teorias expostas no capítulo um, pois, percebemos que, apesar de diferentes entre si, tais teorias guardavam alguns elementos em comum. Chegamos, dessa forma, aos eixos teóricos: Resistência, Transferência, Neutralidade do Analista e Análise pessoal do analista.

Verificamos ainda que o eixo Transferência era aquele que dava sustentação aos demais eixos levantados, bem como é conceito fundamental para a presente arguição dissertativa, pois é a partir dos desdobramentos transferenciais que pudemos sustentar a utilidade clínica da contratransferência.

O ponto de interesse para o presente estudo em relação a transferência se encontra na função clínica da mesma, que pode ser descrita como atualização do conflito inconsciente do qual o paciente padece, endereçado ao analista. Neste ponto, paradoxalmente, a transferência pode ser considerada como resistência ao avanço do tratamento, pois com ela o paciente mantém-se fixado na posição sintomática, ao mesmo tempo que representa um valioso instrumento clínico, já que reproduz *in loco* a neurose mesma, tornando essa neurose artificial, para usar as palavras de Freud, passível de tratamento pela técnica psicanalítica.

Ao endereçar transferencialmente um lugar subjetivo ao analista, são provocados afetos correspondentes no profissional, estes, embora não pertençam ao aparelho psíquico do paciente, foram criados a partir da relação transferencial que se estabeleceu entre a dupla. Enfatizamos que a transferência não se trata de uma via de mão única, na qual o paciente deposita seus afetos, sentimentos, fantasias e desejos na figura do analista, ao contrário, sustentamos, baseados em nossa experiência clínica, em nosso estudo conceitual e na etimologia da palavra *übertragung* (termo alemão utilizado por Freud para designar o conceito da transferência), que a transferência trata-se de um circuito, no qual ao transferir algo de sua fantasia ao analista, este último passará a estar implicado na neurose do paciente e em sua futura resolução. Em outras palavras, analista e analisando trarão uma relação transferencial-contratransferencial, na qual a neutralidade só se fará presente como postura profissional, não devendo ser tida como sinônimo de ausência de afetos do lado

do analista. Propomos, assim, que o analista não é um sujeito passivo da transferência do paciente, mas que é corresponsável pela sua criação, manutenção e desfecho.

Defendemos que a participação afetiva do analista em uma análise por ele executada deva pertencer ao registro da Consciência. Sabemos, no entanto que transferência e contratransferência são fenômenos inconscientes, o que por sua vez, indica a necessidade de trabalho e elaboração por parte do analista. Transformar conteúdos inconscientes em consciente é o que Freud denominou como “controle” da (contra)transferência, que pode ser atingido com duas ações por parte do analista: Análise pessoal e Supervisão.

Ao longo da presente dissertação trouxemos nossa contribuição a respeito da íntima relação entre contratransferência e análise pessoal do analista, indicamos ainda que tal relação havia sido apontada por diversos teóricos da contratransferência. Compreendemos que o contato com os conteúdos inconscientes dos pacientes, acendem conflitos e questões inconscientes no próprio analista, que merecem um local de elaboração, inclusive para não atuarem como resistência ao avanço clínico dos pacientes.

Quando a contratransferência surge como um obstáculo ao avanço da análise, uma resistência do analista, não há que justamente investigar o fenômeno, dar a ele a devida importância, como motivo de trabalho? A resistência deve ser elucidada, porque ela oculta um material importante. A contratransferência, como a transferência é em sua maior parte inconsciente, desta forma, é necessário que o analista a investigue, no sentido de torna-la consciente e aí então, transforme-a em material de análise.

Verificamos ao longo do levantamento histórico efetuado no capítulo um do presente estudo, que muitos dos teóricos da contratransferência chegaram ao reconhecimento do fenômeno a partir da posição de supervisor clínico, muito mais que de analistas, propriamente. Freud, inclusive, toma conhecimento da contratransferência, a partir da atuação (contra)transferencial de seus discípulos Jung e Ferenczi. Tal fato se torna relevante se considerarmos que a contratransferência é um fenômeno com bases inconscientes e, portanto, poderá ser reconhecido pelo próprio sujeito essencialmente como queixa, mas, dificilmente, o analista irá avançar no significado dos afetos contratransferenciais sem o auxílio de um terceiro. Desta forma, sustentamos que a utilização clínica

da contratransferência depende que, além da elaboração afetiva efetuada na análise pessoal do analista, também haja o endereçamento da relação transferencial-contratransferencial a um espaço de supervisão clínica.

O caminho teórico percorrido por essa dissertação e sustentado pelo caso clínico descrito no capítulo três, nos trouxe uma nova hipótese para o tema em questão, que já havia sido destacado por Tower (1955). Tal hipótese pode ser traduzida da seguinte maneira: a relação transferencial-contratransferencial está alicerçada na compulsão à repetição.

Ao longo da análise do caso clínico de Dora, observamos que nossa protagonista da história se mostrava fixada em certas posições a partir do desfecho de seu drama edípico infantil. A mulher de pouco valor e pouco interessante que, inicialmente observamos vinculada à figura materna, se inscreveu no psiquismo de Dora e passou a fazer parte de sua fantasia edípica. Tal fantasia se repete incessantemente a cada nova ligação afetiva. Se a princípio, Dora ainda criança e apaixonada pelo pai, recebe deste toda atenção, logo observamos a entrada de uma outra mulher que lhe rouba o espaço junto ao genitor, sendo então preterida, aflorando nela um afeto de ter sido traída. Quando a jovem, já próxima à idade adulta, faz sua primeira escolha amorosa heterossexual (ao menos a que temos notícia na descrição do caso) escolhe um homem, Sr. K., cujos traços são semelhantes ao do pai, repetindo desta forma sua posição de mulher de pouco valor e, mais interessante, repetindo-se o desfecho da primeira relação que lhe serviu como modelo. Assim, quando Dora desfere o tapa contra o Sr. K. na cena do lago, o faz motivada pela fala da empregada, que lhe confidenciou ter sido seduzida e abandonada pelo patrão, Dora imagina-se na mesma posição da empregada e abandona a relação, ofendida. Fundamentada em sua própria fantasia inconsciente de ser ela própria uma mulher de pouco valor e de todos os homens serem infiéis e indignos de sua confiança.

Conforme explicitado ao longo do trabalho, a demanda afetiva que um analisando neurótico fará ao seu analista se situa justamente na repetição dessa posição fantasmática edípica. É a partir de um lugar subjetivo determinado anteriormente que o analisando passará a se relacionar com seu novo objeto. O analista ocupará o lugar de substituto de um objeto amoroso pregresso da vida de seu paciente. Tal lugar, designado via fantasia, independe de suas

características reais (do analista) e dele o analista, inicialmente, nada sabe, no entanto, sente seus efeitos na relação transferencial-contratransferencial que se estabelece entre os dois.

Tais repetições não guardam mistério, é o que conhecemos como compulsão a repetição. A partir de uma dada posição subjetiva, o sujeito faz escolhas que levam repetidamente ao mesmo destino. O paciente passa a reproduzir no ambiente clínico os mesmos sintomas, afetos, fantasias que sustentam sua trama subjetiva nas demais relações que traça fora do espaço analítico.

O paciente causa um efeito no objeto de sua pulsão ao designar-lhe um lugar em sua fantasia inconsciente, seja este objeto alguém da vida real cotidiana do paciente, ou mesmo, o analista. Em uma análise, tal movimentação inconsciente, baseada na compulsão a repetição, provocará no analista uma resposta afetiva/emocional compatível com a trama psíquica da qual se origina. É essa resposta que estamos defendendo como um instrumento clínico valioso que o analista tem à sua disposição para auxiliá-lo no trabalho analítico de desvelamento do inconsciente.

Notamos, assim, que a relação transferencial-contratransferencial é, pois, um instrumento de acesso ao inconsciente do paciente, pois, embora parte dela, se refira ao que surge, em termos de afeto, no aparelho psíquico do analista, tal afetação só faz sentido dentro de uma relação estabelecida, na qual, o paciente emprega o recurso da transferência para dar continuidade a sua neurose, elegendo como objeto pulsional seu analista, o qual por sua vez, passará a sentir os efeitos dessa nova ligação libidinal inicialmente por meio de afetos.

Verificamos ao longo do levantamento histórico efetuado no capítulo um do presente estudo, que muitos dos teóricos da contratransferência chegaram ao reconhecimento do fenômeno a partir da posição de supervisor clínico, muito mais que de analistas, propriamente. Freud, inclusive, toma conhecimento da contratransferência, a partir da atuação (contra)transferencial de seus discípulos Jung e Ferenczi. Tal fato se torna relevante se considerarmos que a contratransferência é um fenômeno com bases inconscientes e, portanto, poderá ser reconhecido pelo próprio sujeito essencialmente como queixa, mas, dificilmente, o analista irá avançar no significado dos afetos contratransferenciais sem o auxílio de um terceiro. Desta forma, sustentamos que a utilização clínica



da contratransferência depende que, além da elaboração afetiva efetuada na análise pessoal do analista, também haja o endereçamento da relação transferencial-contratransferencial a um espaço de supervisão clínica.

## REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott*. (M. D. G. da Silva, trad.) Rio de Janeiro: Revinter
- Balint, A. & Balint, M. (1939). Sobre a transferência e a Contratransferência. (T. da Costa, trad.) In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.
- Bernardi, B. L. de (2007). Origem e evolução histórica do conceito de contratransferência. In Zaslavsky, J. & Santos, M. J. P. dos (2007) *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed
- Cabré, L. J. M. (1998) Ferenczi's Contribution to the Concept of Countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 7:4, 247-255
- Caldwell, L. & Joyce A. (2011). *Reading Winnicott*. Nova York: Routledge
- Carotenuto, A. (1984). *Diário de uma perfeita simetria*. (A. R. Coutinho, trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra
- Duparc, F. (2001). The countertransference scene in France. *Internacional journal of psychoanalysis*, 81, 331-351.
- Dockhorn, C. N. B. F. & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia Clínico-Interpretativa: Um Recurso à Pesquisa Psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 529-535. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01027722015000400529&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01027722015000400529&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Ferreira, L. B. L. (2013). *Da sugestão ao amor, do amor à sugestão* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.
- Freud, S. (1996). A psicoterapia da histeria. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- \_\_\_\_\_. (2010). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1911).
- \_\_\_\_\_. (2010a). A dinâmica da transferência. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1912).
- \_\_\_\_\_. (2010b). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1912).

- \_\_\_\_\_. (2010). O início do tratamento. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1913).
- \_\_\_\_\_. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- \_\_\_\_\_. (2010). Observações sobre o amor de transferência. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1915).
- \_\_\_\_\_. (2012). Contribuição à história do movimento psicanalítico. In Freud, S. *Obras completas* (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 11). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- \_\_\_\_\_. (2012). Resumo da Psicanálise. In Freud, S. *Obras completas* (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 16) São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1924).
- \_\_\_\_\_. (2013). As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 9). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1910).
- \_\_\_\_\_. (2014). Recordar, repetir e elaborar. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 10). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- \_\_\_\_\_. (2018). Análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”). In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 6). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1905).
- \_\_\_\_\_. (2018). Compêndio de psicanálise. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 19). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1940).
- \_\_\_\_\_. (2018). Análise terminável e interminável. In Freud, S. *Obras completas*. (P. C. de Souza Trad.) (Vol. 19). São Paulo: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1937).
- Gay, P. (2015). *Freud uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago
- Heimann, P. (1950). Sobre a contratransferência (T. da Costa, Trad.). In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.

- Jacobs, T. J. (1999). Countertransference past and present: a review of the concept. *The international journal of psychoanalysis*. 80: 575-594.
- Leitão, L. G. (2003). Contratransferência: uma revisão na literatura do conceito. *Análise psicológica*. 2 (21): 175-183.
- Little, M. (1950) "R" – A resposta total do analista as necessidades do seu paciente. (B. da S. Pinheiro Trad.). In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.
- Lobov, J. G. (n.d.) Contratransferência, presença do sujeito. (P. Vidal, trad.). In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.
- Machado, E. M. (2009). A contratransferência na clínica de crianças em situações extremas. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*. n.08. pp. 102-126. Recuperado de <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo222.pdf> em 03/09/2019.
- McGuire, W. (1976). *Freud/Jung correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mezan, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*. 39(70), pp. 227-241. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015)
- Mezan, R. (2014). *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras
- Orr, D. W (1954). Tranference and countertransference: a historical survey. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2: 621-670
- Pinheiro, N. N. B. (2012). Algumas reflexões sobre transferência, contratransferência e clínica a partir do pensamento de Winnicott. In Outeiral, J; Fischer V. M. & Leão, A. (org.) *Winnicott seminários curitibanos*. Curitiba: Maresfield Gardens.
- \_\_\_\_\_ (2017). Sob o fio do paradoxo: a contratransferência como resistência e instrumento clínico. *Polêmica*, 17 (4): 1-16.
- Reich (1949). Sobre a contratransferência. (A. T. Ribeiro, trad.) In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.
- Reich (1959). Novos comentários sobre a contratransferência. (Nestor Torralbas, trad.) In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.

- Robert, P. F. P. (2015). *Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Roudinesco, E. (2016). *Sigmund Freud. Na sua época e em nosso tempo*. (A. Telles, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Sato, M. M. Z. F. (2010). *Relações entre transferência e contratransferência na construção da posição do analista* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Timo, A. L. R. & Ribeiro, P. C. (2017). Contratransferência: Surgimento e evolução do conceito em teóricos das relações objetais. *Gerais: Revista interinstitucional de psicologia*. 10 (2): 275-293.
- Tower, L. E. (1955). Contratransferência. (A. T. Ribeiro, trad.) In *Contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Escola da letra freudiana.
- Tyson, R. L. (1986) Countertransference evolution in theory and practice. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 34:251-274
- Urtubey, L. de (1994). Le travail du contre-transfert. *Rev. Franç. Psychoanal.* 58: 1271-1372.
- Zambelli, C. K. (2011). *A contratransferência e o afeto do analista* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Zambelli, C. K.; Tafuri, M. I.; Viana, T. C. & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psic. Clin.* 25(1): 179-195.
- Zaslavsky, J. & Santos, M. J. P. dos (2007). As tendências atuais da contratransferência. In Zaslavsky, J. & Santos, M. J. P. dos (2007). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed
- Winnicott (2000). O ódio na contratransferência. (D. Bogomotelz, trad.) In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1949).
- Winnicott (1983). Contratransferência. (I. C. S. Ortiz, trad.) In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960).